

FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EQUIPE MOBILE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS

Date de la demande : / / à : h

Par :

Fonction/ lien :

☎
Mail.....

Nom Prénom :

Date de Naissance :

COORDONNEES DE L'EMASP

Du Lundi au Vendredi de 8h30 à 16h00

☎ **04.75.53.47.05**

Fax : 47.37

Mail : emasp@ghpp.fr

Médecin responsable : **Docteur Patrice RIGAUD**

Psychologues :

Catherine DUCHOSSOY

Cadre de Santé : **Pauline PERROUX**

Marie GERENTHON

Infirmières : **Viviane RORY**

Secrétaires :

Nathalie SANCH

Laurence MARTIN

Alexandra MOUSSELIN

PATIENT

☞ **LE PATIENT DOIT ETRE INFORME DE NOTRE INTERVENTION**

Pathologie:

☐ cancer

☐ maladie neuro-dégénérative

☐ maladie cardio-vasculaire

☐ polypathologies

☐ autres

L'information du diagnostic est-elle connue :

☞ du patient

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sait pas

☞ de la famille

☐ Oui

☐ Non

☐ Ne sait pas

ORIGINE DE LA DEMANDE

Etablissement :

☞ Si demande interne :

☞ Si demande externe :

Service :

☎ : Mail :

Origine de la demande :

Médecin prescripteur :

☐ du patient

☐ de la famille

Médecin référent du patient :

☐ du médecin traitant :

Soignants :

MOTIFS DE LA DEMANDE

Motif de la demande :

Quelles sont vos attentes ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....