

FICHE DE DEMANDE
Staff pluridisciplinaire de Soins Palliatifs

A retourner par fax : 01 40 86 75 79 ou par mail : secretariat@sp92nord.fr

Nom et fonction du demandeur : _____

Tel : _____ Mail : _____

Date de la demande : ____/____/____ Patient informé de la demande : Oui Non

IDENTITE DU PATIENT

Nom et prénom du patient : _____ Sexe : Féminin Masculin

Adresse _____ Code Postal _____ Ville _____

Date de Naissance : ____/____/____ Lieu de Naissance : _____

Le patient est actuellement : A domicile En EHPAD En établissements de Santé Autres

CERCLE DE SOINS

Nom et prénom du médecin traitant : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

Nom et prénom du médecin référent/correspondant : _____

Lieu d'exercice : _____ Téléphone : _____

Paramédicaux référents (avec coordonnées)

IDEL/IDEC _____

Kinésithérapeute _____

Psychologue _____

DAC _____

SSIAD _____

HAD _____

SAAD (Service d'Aide à Domicile) _____

Pharmacie _____

Autres _____

MOTIF DE LA DEMANDE

- Pathologie principale : _____

- Traitements spécifiques : En cours En arrêt

- Problématique : _____
