

FICHE PREALABLE A UNE DEMANDE D'INCLUSION

Merci de faxer cette demande recto/verso à Sémaphore Santé 92 Nord qui vous contactera

Contact tél.	Contact fax
01 71 90 50 25	01 40 86 75 79

secretariat@sp92nord.fr / Inclusion@dac92nord.fr

Date de la demande : Demandeur :
 Coordonnées :

Merci de joindre un Compte-Rendu médical complet

LE PATIENT

NOM DE NAISSANCE* : PRENOM* :

NOM D'USAGE :

DATE DE NAISSANCE* : PAYS DE NAISSANCE* :

Si naissance en France : VILLE DE NAISSANCE* : CODE POSTAL* :

SEXE* : Femme Homme Autre Inconnu

Adresse :

.....

Téléphone : Portable :

Courriel :

Couverture sociale : OUI NON

Conditions de vie : Seul(e) Entouré(e)

Le patient a reçu une INFORMATION concernant l'équipe d'accompagnement en soins palliatifs :

OUI NON

En quels termes : « »

PROBLEMATIQUE PRINCIPALE :

.....

AUTRES PROBLEMATIQUES :

Soins de support souhaité(s):

Soutien social Soutien psychologique Soutien des professionnels

Difficultés d'accès aux soins Soutien des aidants naturels Autres :

.....

PERSONNE DE L'ENTOURAGE ou PERSONNE RESSOURCE (famille, ami, voisin,...)

NOM : Prénom :

Qualité :

Adresse :

.....

Téléphone : Portable :

Courriel :

LE MEDECIN TRAITANT

NOM : Prénom :
 Adresse :
 Téléphone : Portable :
 Fax : Secrétariat :
 Courriel :

LE MEDECIN TRAITANT EST INFORME DE LA DEMANDE D'INCLUSION : OUI NON

LE MEDECIN HOSPITALIER REFERENT

NOM : Prénom :
 Etablissement :
 Adresse :
 Téléphone : Portable :
 Fax : Secrétariat :
 Courriel :

AUTRES INTERVENANTS PROFESSIONNELS à préciser SVP :

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> IDE libéral(e) | <input type="checkbox"/> HAD | <input type="checkbox"/> SSIAD | <input type="checkbox"/> Aide à domicile |
| <input type="checkbox"/> EMSP | <input type="checkbox"/> CLIC | <input type="checkbox"/> EDAS | <input type="checkbox"/> CMP |
| <input type="checkbox"/> Gestion de cas | <input type="checkbox"/> CCAS | <input type="checkbox"/> CMS | <input type="checkbox"/> Tuteur : |

.....
 Autres :

CONNAISSANCE DU DIAGNOSTIC / PRONOSTIC

.....

Directives anticipées OUI NON

.....

Autres informations, si besoin :

