



CENTRE HOSPITALIER
DE GAILLAC

Centre Hospitalier de Gaillac

Diffusé le : 31/10/2025

Pagination : 1/3

Questionnaire de pré-admission Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP)

N° de version : 4

Référence : ENR-036

Interlocuteurs LISP – Service de médecine – CH Gaillac

Dr BERGES ☎ 05.63.42.50.31

Mme FAVRE TOTA (Cadre de santé) ☎ 06.04.59.42.62

M. BLASCO (IDE réf. SP) et Mme MARTINEZ (AS ref. SP) ☎ 06.72.76.39.61 ✉ ide.sp@ch-gaillac.fr

Date : / /

ORIGINE DE LA DEMANDE :

Etablissement :

Service :

Médecin :

Tél : Fax :

IDENTITÉ DU PATIENT :

Nom - prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse.....

PERSONNE DE L'ENTOURAGE À CONTACTER :

Nom- prénom :

Tél :

MÉDECIN TRAITANT :

Tél :

RÉSEAU :



Centre Hospitalier de Gaillac

Diffusé le : 31/10/2025

Pagination : 2/3

Questionnaire de pré-admission Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP)

N° de version : 4

Référence : ENR-036

DIAGNOSTIC/PATHOLOGIE EN COURS :

.....
.....

DOULEURS : non ☐ nociceptives ☐ neuropathiques ☐ mixtes ☐

INDICE DE KARNOWSKI OU OMS :

.....

RESPIRATION : autonome ☐ O2 ☐ trachéotomie ☐

TRAITEMENT ACTUEL :

-
-
-

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX/ALLERGIES CONNUES :

-
-
-

MOTIF DE LA DEMANDE

LISP :

.....
.....

SOUHAITS DU PATIENT :

.....
.....
.....
.....

DEVENIR :

.....
.....

DROIT À L'INFORMATION :

Clarification de la situation palliative auprès du patient ? Oui ☐ ; Non ☐

Clarification de la situation palliative auprès d'une personne de l'entourage ? Oui ☐ ; Non ☐

Signature du médecin



**Questionnaire de pré-admission Lits Identifiés
Soins Palliatifs (LISP)**

Connaissance de la personne

Communication

- Niveau de conscience : vigile ☐ ; confus ☐ ; somnolent ☐ ; aréactif ☐
- Elocution : claire ☐ ; aphasique ☐ ; indistincte ☐ ; mutique ☐
- Sensorielle : surdité ☐ ; cécité ☐
- Appareillage oculaire et/ou auditif.....

Mobilisation

- Autonomie : oui ☐ ; non ☐ ; aide partielle ☐ ; aide totale ☐
- Aide à la marche : ☐
- Alitement + de 20 heures/jour : ☐
- Appareillage.....

Alimentation / hydratation

- Autonomie : oui ☐ ; non ☐ ; aide partielle ☐ ; aide totale ☐
- Appétit : correct ☐ ; inappétence ☐
- Régime :.....
- Alimentation : entérale ☐ ; HAP ☐ ; produit utilisé :.....
- Nausées vomissements : oui ☐ ; non ☐
- Appareillage : dentier haut ☐ ; dentier bas ☐
- VVP ☐ ; VVC ☐ ; PORT-A-CATH ☐

Soins d'hygiène et habillage

- Autonomie : oui ☐ ; non ☐ ; aide partielle ☐ ; aide totale ☐
- Cavité buccale saine : oui ☐ ; non ☐ : préciser :.....
- Habitudes du patient :.....

Etat de la peau

- Score de Norton :.....
- Escarre constituée : localisation :.....
 - Stade :.....
 - Protocole actuel :.....
- Autres pansements : localisation :.....
 - Protocole :.....

Elimination

- Continent : Oui ☐ ; Non ☐ ; Incontinence partielle ☐ ; Incontinence totale ☐
- Stomie : Oui ☐ : préciser..... ; non ☐
- Diarrhées : Oui ☐ ; Non ☐
- Constipation : Oui ☐ : Traitement ; non ☐

Sommeil

Non perturbé ☐ ; Partiellement perturbé ☐ ; Totaletement perturbé ☐
Traitement :.....