



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

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 via messagerie sécurisée (MEDIMAIL)

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 :

.....



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

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 ; c civit 
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 :
o Stade :
o Protocole actuel :
Autres pansements : localisation :
o 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 ; Totalement perturbé
Traitement :.....