

## Questionnaire de préadmission Lits Identifiés Soins Palliatifs

### Service Médecine

Dr BERGES ☎ 05. 63.42.50.31 📠 05.63.42.50.72

Mme AUDIBERT (Cadre de santé) ☎ 06.60.39.52.88

M. BLASCO (IDE référent Soins Palliatifs) ☎ 06.72.76.39.61

Date :.... /.... /.....

#### ORIGINE DE LA DEMANDE :

Etablissement :.....  
.....  
Service :.....  
.....  
Médecin :.....  
.....  
Tél :..... Fax :.....  
.....

#### IDENTITE DU PATIENT :

Nom - prénom :  
.....  
.....  
Date de naissance : ...../...../.....  
  
Adresse.....  
.....

#### PERSONNE DE L'ENTOURAGE A CONTACTER :

Nom- prénom :  
.....  
.....  
Tél :.....

#### MEDECIN TRAITANT :

.....  
.....  
Tél :.....  
.....

#### RESEAU :

.....  
.....

#### DIAGNOSTIC/PATHOLOGIE EN COURS :

.....  
.....

**DOULEURS :** non  nociceptives  neuropathiques  mixtes

**INDICE DE KARNOWSKI OU OMS :** .....

**RESPIRATION :** autonome  O2  trachéotomie

**TRAITEMENT ACTUEL :**

- -  
- -  
- -

**ANTECEDENTS MEDICAUX/ALLERGIES CONNUES :**

- -  
- -  
- -

**MOTIF DE LA DEMANDE LISP :** .....

**SOUHAITS DU PATIENT :**

**DEVENIR :**

**DROIT A 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

## 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 :.....
  - 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  ; Totalement perturbé   
Traitement :.....