



Demande d'intervention de l'équipe ambulatoire de Soins Palliatifs

FM01/PC/PEC/63
Traçabilité

Version 1
MAJ : 18/09/20

1/1

A FAXER AU 03.83.28.48.79

Patient :

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| NOM et prénom : | Date de la demande : |
| Date de naissance : | Médecin demandeur : |
| Adresse : | N° de téléphone : |
| N° de téléphone : | Mail : |
| Aidant éventuel : | |

Pathologie / Histoire de la maladie :

.....
.....

Suivi spécialisé (ICL, Gentilly, CHU, ...) s'il y a lieu :

par le Dr :

Nom du médecin traitant (si pas le demandeur) :

Motif de la demande :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Soutien psychologique |
| <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Symptôme digestif | |
| <input type="checkbox"/> Autres symptômes | |

Antécédents :

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

Traitement habituel :

.....
.....