

FICHE DE SOLLICITATION ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Vous pouvez adresser votre demande à emsp@dac12.fr ou au numéro unique **05 36 36 12 12**

(Cette fiche contient des données de patient, merci de privilégier l'envoi par messagerie sécurisée)

Date de la demande :

1 - DEMANDEUR

Nom et Prénom :	Adresse :	Téléphone :
Structure :	Fonction :	Mail :
		Utilisation SPICO : ☐ Oui ☐ Non Utilisation Médimail : ☐ Oui ☐ Non

2 – MENTIONS OBLIGATOIRES

- La personne est-elle opposée au partage d'informations entre les différents professionnels ?
☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous l'accord du patient pour solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs à domicile du DAC 12 ?
☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous l'accord médecin traitant pour solliciter l'équipe soins palliatifs du DAC 12 ?
☐ Oui ☐ Non

3 - IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom et prénom :	Nom de naissance :
Lieu de naissance :	Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre
N° SS :	Situation : ☐ Retraité ☐ En activité ☐ Scolarisé ☐ Sans activité
Date de naissance :	Vit seul : ☐ Oui ☐ Non
Téléphone(s) :	Mesure de protection juridique : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours Si oui ou en cours préciser :
Adresse :	Entourage social et/ou familial aidant : ☐ Oui ☐ Non Si Oui, contact : - - Si mineur, nom du représentant légal : -

4 – CERCLE DE SOINS

Professionnels					
Fonction et structure	Nom et prénom	Téléphone/ Courriel	Modalités d'intervention	Fréquence intervention	Informé du recours au DAC
Médecin traitant					☐ Oui ☐ Non
IDEL					☐ Oui ☐ Non
Prestataire de service					☐ Oui ☐ Non
					☐ Oui ☐ Non

5 – MOTIF DE LA DEMANDE

6 – CONTEXTE MEDICAL

Merci de joindre un compte-rendu médical récent reprenant l'historique médical du patient.

- Pathologie principale :
- Symptômes d'inconfort (*douleur, angoisse, nausées,....*) : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui précisez :
- Troubles cognitifs : ☐ Oui ☐ Non
- Joindre l'ordonnance en cours, si possible
- Hospitalisation en cours : ☐ Oui ☐ Non - Si oui précisez :
 - Le lieu :
 - Service :
 - Date de sortie prévue :

7 – CONTEXTE SOCIO-ENVIRONNEMENTAL

Aides existantes	Environnement familial	Environnement social
☐ APA ☐ MDPH ☐ Aides à domiciles ☐ Aide sortie d'hospitalisation Si demande en cours, laquelle : Référent :	☐ Présence enfant mineurs ☐ Le patient est par ailleurs aidant ☐ Isolement ☐ Aidant en difficulté	☐ Isolement géographique ☐ Précarité ☐ Habitat inadapté : ☐ Autres :
Éléments complémentaires :		

2026.01.19 Version 1