

FICHE DE LIAISON

PATIENT :

DATE 1 ^{ERE} DEMANDE :	DATE D'INCLUSION :
---------------------------------------	--------------------------

ORIGINE DE LA DEMANDE :

.....

.....

MOTIF DE LA DEMANDE :

Douleur Soutien psycho patient Soutien psycho famille Soutien social

Soins Palliatifs à domicile Soutien équipe de proximité Questionnement éthique

Autre

.....

.....

.....

POUR FACILITER LE TRAITEMENT DE LA DEMANDE, MERCI DE BIEN VOULOIR COMPLETER DANS SON INTEGRALITE CETTE FICHE DE LIAISON ET DE JOINDRE LES COMPTES RENDUS MEDICAUX AINSI QUE LE(S) TRAITEMENT(S) EN COURS.

Vous remerciant de votre compréhension.

L'ETSP

SORTIE ETSP :	<input type="checkbox"/> DECES	DATE :	LIEU :
	<input type="checkbox"/> VOLONTE	

CABINET INFIRMIER :

TELEPHONE : PORTABLE :

MAIL : FAX :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

SERVICE HOSPITALIER REFERENT:

MEDECIN REFERENT:

EQUIPE RESSOURCE SOINS PALLIATIFS REFERENTE :

ASSISTANTE SOCIALE :

INTERVENTION D'UN ACCOMPAGNANT BENEVOLE : INTERVENTION D'UN PSYCHOLOGUE :

OUI NON A PREVOIR OUI NON A PREVOIR

Si oui, coordonnées : Si oui, coordonnées :

.....

DECOUVERTE DE LA MALADIE :

.....

.....

.....

.....

EVOLUTION ACTUELLE DE LA MALADIE :

.....

.....

.....

.....

MASSEUR-KINESITHEREPEUTE :

TELEPHONE : PORTABLE :

MAIL :

FAX :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

PROJET DE VIE :

.....

.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

.....

.....

ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS :

PER OS PAC

SOUS CUTANEE PICC-LINE

VVP VVC

AUTRE, préciser

CHARGE EN SOINS : Aide : TOTALE HYGIENE ALIMENTATION MOBILISATION

NUTRITION PARENTERALE PCA GASTROSTOMIE

AUTRES.....

PRESTATAIRE DE SERVICE :

TELEPHONE : PORTABLE :

ADRESSE :

INDICE DE KARNOFSKY			SCORE D'AUTONOMIE OMS	
Capacité d'activité professionnelle ou physique	Intense sans difficulté	100%	Capable de toute activité normale sans aucune restriction	0
	Normale + gêne modérée	90%		
	Réduite	80%		
Capacité d'activité domestique	Normale sans aide mais efforts impossibles	70%	Capable d'activités légères excluant toute activité physique pénible	1
	Restreinte aux besoins personnels	60%	Ambulatoire et capable de se suffire à lui-même, mais incapable de toute autre activité. Hors du lit ou du fauteuil plus de 50% des heures de veille le jour	2
	Minime + aide occasionnelle	50%		
Incapacité pour les besoins élémentaires	Aide permanente	40%	Capable de quelques activités personnelles mais confiné au lit ou au fauteuil plus de 50% des heures de veille	3
	Alitement fréquent	30%		
	Grabataire	20%	Totalemment confiné au lit ou au fauteuil. Incapable de toute activité, même essentielle comme manger	4
	Moribond	10%		