

# FICHE IDENTIFICATION PRÉ-INCLUSION



SOINS PALLIATIFS

MALADIE CHRONIQUE

Niveau 1  Niveau 2  Niveau 3  Niveau 4

Bassin : COU  PO  VA  Date demande : .....

Signalement par : ..... ☎ : .....

Contexte sortie hospitalisation : oui  non  Date sortie hospitalisation : .....

## ETAT CIVIL

NOM – Prénom : ..... Nom de jeune fille : .....

DDN : ..... Age : .....

Adresse : .....

CP : ..... VILLE : .....

☎ : ..... 📍 : .....

N° SS : ..... CAISSE : .....

## SITUATION FAMILIALE

Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Célibataire Enfants : oui  non  Nombre : ..

## CONDITIONS DE VIE

Seul(e)  Avec aidant  Enfants mineurs à charge  Domicile  EHPAD  MAS/FAM

## ENTOURAGE A CONTACTER

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP / VILLE : ..... ☎ : .....

Mail : ..... @ .....

Lien de parenté : ..... Réfèrent  Aidant  Personne de confiance

📞📞📞📞📞📞📞📞📞📞

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP / VILLE : ..... ☎ : .....

Mail : ..... @ .....

Lien de parenté : ..... Réfèrent  Aidant  Personne de confiance

## INTERVENANTS A DOMICILE

Date premier contact téléphonique avec MT : .....

Médecin traitant : ..... ☎ : ..... Membre MSP : oui  non

Infirmier libéral : ..... ☎ : ..... Membre MSP : oui  non

Kiné : ..... ☎ : ..... Membre MSP : oui  non

Pharmacie : ..... ☎ : .....

Ass. Aide à domicile : ..... ☎ : .....

Médecin hospitalier : ..... ☎ : .....

Autres : .....

## INCLUSION

Date de l'inclusion ou RCP initiale : ..... Heure et Lieu : .....

Patient/Famille prévenu  ACCORD IDE  ACCORD MT

## Equipe ACCORDS 09

Médecin : ..... IDE : ..... AS : .....



# RECUEIL DE DONNEES MEDICALES – DOSSIER PRE-INCLUSION

29 C rue du 8 mai 1945  
09100 – LA TOUR DU CRIEU

NOM :	Prénom :	DDN :
-------	----------	-------

<u>Diagnostic médical principal :</u> ..... ..... .....	<u>Antécédents :</u> ..... ..... .....
--	---

Existence de directives anticipées : OUI  NON

<u>Motifs initiaux de sollicitation du réseau :</u> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	<u>Contexte environnemental (organisation du quotidien, intervenants actuels, plan d'aide, etc...) :</u> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	<u>Histoire de la maladie, symptômes prédominants :</u> ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
--	---	--

Commentaires :  
.....  
.....  
.....  
.....

Connaissance du DIAGNOSTIC :  
Par le patient  ..... Par la famille  .....

Connaissance du PRONOSTIC :  
Par le patient  ..... Par la famille  .....