



## Demande d'admission à l'unité de médecine palliative et de support du CHUV-SPAH

Patient.e de soins palliatifs spécialisés (ID-PALL©-S positif) ?  oui  non

### Données administratives

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	IPP (si applicable) :
Adresse :	
N° téléphone privé :	N° personne de référence :
Médecin traitant :	Médecin demandeur :

### Provenance (merci de préciser)

<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> EMS :	<input type="checkbox"/> Autre service CHUV:
<input type="checkbox"/> Autre hôpital :	<input type="checkbox"/> Autre :	

### Dégré d'urgence :

<input type="checkbox"/> Urgent (<24h)	<input type="checkbox"/> <1 semaine	<input type="checkbox"/> À prévoir le (date) :
--	-------------------------------------	--

### Diagnostic principal :

--

### Motif de l'hospitalisation :

- Symptomatologie non contrôlée
- Clarification du projet de soins
- Souffrance psychosociale/existentielle du patient/proches
- Epuisement familial
- Soins de fin de vie complexes

### Information complémentaire :

1. L'admission a déjà été discutée avec le CDC du SPAH ?  oui  non
2. Le/la patient.e est au courant du projet de transfert en unité de médecine palliative ?  oui  non
3. Le/la patient.e a déjà été évalué.e par une équipe de soins palliatifs ?  oui  non

### Objectifs de l'hospitalisation :

- Contrôle de la symptomatologie multidimensionnelle
- Accompagnement de la personne/ des proches dans le projet de soins
- Elaboration d'un projet de soins anticipé (ProSA, advance care planning)
- Consilium thérapeutique pluriprofessionnel
- Prise en charge de la détresse psycho-sociale du/de la patient.e/proches
- Prise en charge de l'épuisement familial
- Assurer des soins de fin de vie complexes

Date :	Signature/tampon médecin demandeur :
Tél. pour informations complémentaires :	

Merci d'envoyer une copie de la demande à [admissions.spah@chuv.ch](mailto:admissions.spah@chuv.ch)

Pour toute question merci de se renseigner auprès du CDC/ICUS – SPAH via 021 314 11 11