

DOSSIER D'ADMISSION HDJ SOINS PALLIATIFS PRECOCES

Afin de mieux répondre à vos besoins, nous vous demandons de remplir ce dossier, conjointement avec le soignant qui vous adresse. La partie à remplir spécifiquement par votre soignant est encadrée. Une fois rempli, merci de transmettre ce dossier à coordination.HDJSPP@chbligny.fr.

1) Situation personnelle

Nom
Prénom
Date de naissance
Sexe F ☐ M ☐
Taille m Poids kg
Adresse
Téléphone Domicile
Portable
Mail

Etes-vous affilié à la Sécurité Sociale ? Régime général ☐ Autre ☐
Avez-vous une mutuelle ? ☐
Etes-vous bénéficiaire de la CMU ? ☐ AME ? ☐ ALD ? ☐ Autre ? ☐

Votre médecin traitant est
Votre spécialiste référent est
Votre infirmière à domicile est
Votre kinésithérapeute est
Votre psychologue est
La personne à contacter pour organiser votre admission (Nom, Tel, Mail)

Votre situation familiale

Célibataire ☐ Mariée, vie maritale ☐ Veuf(ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐
Nombre d'enfants
Ages des enfants
Autre personne à charge au domicile
Adresse de l'entourage référent

Vous vivez seul(e) ☐ en famille ☐
En pavillon de plain-pied ☐ en pavillon à étage ☐ en appartement sans ascenseur ☐ en appartement avec ascenseur ☐ en institution ☐ autre ☐

Votre activité professionnelle

Etes-vous en activité à temps plein ☐ à temps partiel ☐ depuis quand ?
Retraité ☐ depuis quand ?
Pensionné ☐ depuis quand ?
Au chômage ☐ depuis quand ?
En accident de travail ☐ depuis quand ?
En arrêt maladie ☐ depuis quand ?
En arrêt longue maladie ☐ depuis quand ?
En invalidité ☐ A quel pourcentage depuis quand ?
Consolidé ☐ depuis quand ?
Prise en charge à 100% ☐
En cours d'expertise ☐
En conflit ☐

Etes-vous en difficulté financière ? Oui ☐ Non ☐

Ressentez-vous un besoin d'aide d'une assistante sociale ? Oui ☐ Non ☐

Vos habitudes de vie

Consommez-vous de l'alcool ? Oui ☐ Non ☐

Fumez-vous ? Oui ☐ Non ☐

Qui réalise l'entretien de la maison ?

Les courses ?

La gestion administrative ?

Qui s'occupe des personnes à charge ?

Cela vous convient-il ?

Avez-vous des aides à domicile ? Oui ☐ Non ☐

Si oui : lesquelles ?

Si non : en ressentez-vous le besoin ? Oui ☐ Non ☐

Y a-t-il des démarches de demande d'intervention en cours ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des loisirs ? Oui ☐ Non ☐

Si oui lesquels ? Que faites-vous de vos journées ?

PARTIE A REMPLIR PAR VOTRE SOIGNANT

2) Pathologie principale

Votre patient a-t-il d'autres problèmes de santé associés, chirurgies, allergies ?

Quels traitements prend-il de manière régulière, incluant crèmes, gouttes et compléments alimentaires ?
(ou associez dernière ordonnance en date)

Histoire récente de la maladie et problématiques actuelles (ou CRH)

Conscience Bonne ☐ Confusion ☐

Respiration OLD ☐ Drain type PleurX ☐ Trachéotomie ☐ VNI ☐

Autonomie Marche sans aide ☐ Avec aide ☐ Perte d'autonomie problématique ☐

Autonome pour la toilette ☐ Aide partielle ☐ Aide totale effective ou nécessaire ☐

Continence ☐ Incontinence urinaire ☐ Incontinence fécale ☐ Néphrotomie ☐ SUAD ☐ Colostomie ☐ Soutien
IDE pour les stomies ☐

Etat cutané Sain ☐ Escarres ☐ Plaie ☐

Voie d'administration Per os ☐ Chambre implantable ☐ Cathéter/Picc/Midline ☐ Autre ☐

Avez-vous une problématique prioritaire à traiter ?

3) Symptômes présents

Avez-vous des douleurs ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pourriez-vous décrire le type de douleur que vous avez eu au cours de cette dernière semaine

	-- 0 Absent, non	-- 1 faible, un peu	-- 2 modéré	-- 3 fort, beaucoup	-- 4 extrêmement fort
Elancements					
Pénétrante					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillement					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourdeur					
Epuisante					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Enervante					
Exaspérante					
Déprimante					

Etes-vous ou avez-vous été dans des situations d'insécurité ? Oui ☐ Non ☐

Comment vous sentez vous sur le plan psychologique ? Vous pouvez si vous préférez, remplir le questionnaire suivant

Questionnaire HAD

Pour remplir ce questionnaire : Entourez la bonne réponse à chaque question, puis faites le total comme il est indiqué en bas de page

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps ☐ 3
- Souvent ☐ 2
- De temps en temps ☐ 1
- Jamais ☐ 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant ☐ 0
- Pas autant ☐ 1
- Un peu seulement ☐ 2
- Presque plus ☐ 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement ☐ 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave ☐ 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas ☐ 1
- Pas du tout ☐ 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé ☐ 0
- Plus autant qu'avant ☐ 1
- Vraiment moins qu'avant ☐ 2
- Plus du tout ☐ 3

5. Je me fais du souci :

- Très souvent ☐ 3
- Assez souvent ☐ 2
- Occasionnellement ☐ 1
- Très occasionnellement ☐ 0

6. Je suis de bonne humeur :

- Jamais ☐ 3
- Rarement ☐ 2
- Assez souvent ☐ 1
- La plupart du temps ☐ 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive ☐ 0
- Oui, en général ☐ 1
- Rarement ☐ 2
- Jamais ☐ 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours ☐ 3
- Très souvent ☐ 2
- Parfois ☐ 1
- Jamais ☐ 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais ☐ 0
- Parfois ☐ 1
- Assez souvent ☐ 2
- Très souvent ☐ 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout ☐ 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais ☐ 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention ☐ 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé ☐ 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas ☐ 3
- Un peu ☐ 2
- Pas tellement ☐ 1
- Pas du tout ☐ 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant ☐ 0
- Un peu moins qu'avant ☐ 1
- Bien moins qu'avant ☐ 2
- Presque jamais ☐ 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent ☐ 3
- Assez souvent ☐ 2
- Pas très souvent ☐ 1
- Jamais ☐ 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent ☐ 0
- Parfois ☐ 1
- Rarement ☐ 2
- Très rarement ☐ 3

Additionnez les réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13

TOTAL A : 0

Additionnez les réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14

TOTAL D : 0

Score total :

A + D = 0

Pensez-vous avoir besoin ou souhaiter une aide psychologique ? Oui ☐ Non ☐

Comment vos problèmes de santé sont-ils perçus par votre entourage ?

Bien----- C'est une difficulté en plus

Comment est votre appétit ?

10	Très inconfortable - mal de ventre - nausées
9	Inconfortable - Manque d'énergie
8	Lourdeur à l'estomac - Grande tension
7	Ventre un peu tendu - Pas d'inconfort
6	Pas faim depuis quelques bouchées - Aucune tension
5	Satisfaction - Sensation neutre
4	Petite faim - Léger creux
3	Moyennement à assez faim - Plus grand creux
2	Intensément faim - Affamé - Inconfortable
1	Extrêmement faim - Incontrôlable

Avez-vous des aversions alimentaires ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous soif/la sensation de bouche sèche ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des difficultés pour manger seul ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pouvez-vous préciser lesquelles

4) Vos démarches personnelles

Qui est votre personne de confiance ?

Nom Prénom

Téléphone

Adresse

Est-elle informée et d'accord pour être votre personne de confiance? Oui ☐ Non ☐

Savez-vous ce que sont des limitations de soins Oui ☐ Non ☐, des directives anticipées Oui ☐ Non ☐

En avez-vous rédigé ? Oui ☐ Non ☐

(Si oui, pouvez-vous les apporter s'il vous plait)

Si non, souhaitez-vous un accompagnement pour rédiger vos directives anticipées ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des difficultés ou attentes de l'Hôpital de Jour non abordées dans ce dossier ?