



## QUESTIONNAIRE DE PRE-ADMISSION LIT IDENTIFIE SOINS PALLIATIFS

Service Médecine  
Dr. BAIETTO- Dr. GATIMEL  
→ 05. 63.42.50.31 ☎ 05.63.42.50.72  
Mme AUDIBERT (CDS) → 06.60.39.52.88  
Mme FLOUR-BOURRIL (IDE réf. SP) → 06.12.91.18.30

Date :...../...../.....

→ Origine de la demande : Etablissement :.....  
Service :.....  
Médecin :.....  
Tél :.....Fax :.....

→ Identité du patient : Nom :.....  
Prénom :.....  
Date de naissance : ...../...../.....  
Adresse.....  
→ Personne de l'entourage à contacter :.....Tél :.....  
→ Médecin traitant : .....Tél :.....  
→ Réseau : .....

→ Diagnostic/Pathologie en cours :.....  
.....  
→ Douleur : non  nociceptives  neuropathiques  mixtes   
→ Indice de Karnowski ou OMS :.....  
→ Respiration : autonome ♣ O2 ♣  
→ Traitement actuel :  
- -  
- -  
- -

→ Antécédents médicaux/Allergies connues :

- -  
- -  
- -

→ Motif de la demande LISP :.....  
.....  
→ Souhaits du patient.....  
.....  
→ Devenir.....

→ Droit à l'information :

-Clarification de la situation palliative auprès du patient ? oui  ; non   
-Clarification de la situation palliative auprès d'une personne de l'entourage ? oui  ; non

Signature du médecin

## CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

### Communication

-niveau de conscience : vigile  ; confus  ; somnolent  ; aréactif

-élocution : claire  ; aphasique  ; indistincte  ; mutique

-sensorielle : surdité  ; c civit 

Appareillage oculaire et/ou auditif.....

### Mobilisation

-autonomie : oui  ; non  ; aide partielle  ; aide totale

-aide à la marche :

-alitement + de 20 heures/jour :

Appareillage.....

### Alimentation/Hydratation

-autonomie : oui  ; non  ; aide  ; aide totale

-appétit : correct  ; inappétence

-régime : .....

-alimentation : entérale  ; HAP  ; produit utilisé : .....

-nausées vomissements : oui  ; non

Appareillage : dentier haut  ; dentier bas

-VVP  ; VVC  ; PORT-A-CATH

### Soins d'hygiène/Habillage

-autonomie : oui  ; non  ; aide partielle  ; aide totale

-cavité buccale saine : oui  ; non  : préciser : .....

-habitudes du patient : .....

### Etat de la peau

-score de Norton : .....

-escarre constituée : localisation : .....

Stade : .....

Protocole actuel : .....

-autres pansements : localisation : .....

Protocole : .....

### Elimination

-continent : oui  ; non  ; incontinence partielle  ; incontinence totale

-stomie : oui  : préciser..... ; non

-diarrhées : oui  ; non

-constipation : oui  : traitement..... ; non

### Sommeil

-non perturbé  ; partiellement perturbé  ; totalement perturbé

Traitement : .....