



Diffusé le :
25/10/2016
Pagination : 1/4

**Questionnaire de pré-admission Lits
Identifiés Soins Palliatifs (LISP)**

N° de version :
3

Service Médecine

Dr BAIETTO / Dr BERGES ☎O5. 63.42.50.31 ☎O5.63.42.50.72
Mme AUDIBERT (Cadre de santé) ☎ O6.60.39.52.88
Mme LESTANG (IDE réf. SP) ☎ 06.72.76.39.61

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 :

Nom- prénom :
.....
Tél :

MÉDECIN TRAITANT :

.....
.....
Tél :
.....

RÉSEAU :

.....
.....

DIAGNOSTIC/PATHOLOGIE EN COURS :

.....
.....

DOULEURS : non nociceptives neuropathiques mixtes



Diffusé le :
25/10/2016

Pagination : 2/4

**Questionnaire de pré-admission Lits
Identifiés Soins Palliatifs (LISP)**

N° de version :
3

INDICE DE KARNOWSKI OU OMS :

.....

RESPIRATION : autonome O2 trachéotomie

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



Diffusé le :
25/10/2016

Pagination : 3/4

Questionnaire de pré-admission Lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP)

N° de version :
3

Connaissance de la personne

Communication

- Niveau de conscience : vigile ; confus ; somnolent ; aréactif
- Elocution : claire ; aphasique ; indistincte ; mutique
- Sensorielle : surdité ; cécité
- 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 partielle ; 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 et 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 :.....
 - o Stade :.....
 - o Protocole actuel :.....
- Autres pansements : localisation :.....
 - o 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



Diffusé le :
25/10/2016

Pagination : 4/4

**Questionnaire de pré-admission Lits
Identifiés Soins Palliatifs (LISP)**

N° de version :
3

Traitement :