



Demande d'admission à l'unité de soins palliatifs 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)

☐ Domicile	☐ EMS :	☐ Autre service CHUV:
☐ Autre hôpital :	☐ Autre :	

Degré d'urgence :

☐ Urgent (<24h)	☐ <1 semaine	☐ 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
- ☐ Autre : _____

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 :	