

Critères d'admission à l'unité de soins palliatifs aigus spécialisés de l'hôpital d'Orbe

La mission des soins palliatifs spécialisés est, dans les situations particulièrement complexes, de maximiser la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique évolutive, quel que soit le stade d'évolution de la maladie, ainsi que des personnes en fin de vie. Selon l'état de santé et de l'évolution de la personne, les objectifs sont l'amélioration ou la stabilisation de la situation, en vue d'un retour à domicile ou d'un transfert dans un autre établissement, ou un accompagnement de fin de vie.

<i>Etiquette moyenne</i>	
Nom et prénom du/de la patient-e	Envoyeur:
Date de naissance :	Patient-e ayant déjà séjourné à l'unité : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

3 critères d'inclusion obligatoires

- Patient-e adulte souffrant d'une maladie chronique, évolutive et incurable, impactant le pronostic vital, toutes maladies incluses.
- Patient-e présentant des symptômes instables et complexes d'ordre physique, psychologique et/ou socio-spirituel, non soulagés malgré les traitements prescrits par les professionnels de 1^{er} recours, nécessitant un important investissement en termes d'évaluation, de traitement et d'accompagnement (médicaux, infirmiers, psychosociaux, spirituels).
- Patient-e informé-e que le projet de soin est palliatif.

Critère(s) suivant(s) présent(s)

<input type="checkbox"/> Complexité/Instabilité	<input type="checkbox"/> Douleurs complexes <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Fatigue invalidante <input type="checkbox"/> Etat confusionnel <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Autres symptômes non soulagés malgré les traitements prescrits
<input type="checkbox"/> Vulnérabilité	<input type="checkbox"/> Trouble psychique ou vulnérabilité psychique <input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap <input type="checkbox"/> Détresse spirituelle et/ou existentielle
<input type="checkbox"/> Processus de prise de décision	<input type="checkbox"/> Prise de décision difficile à un stade avancé de la maladie <input type="checkbox"/> Divergences dans le projet de soins, dues à des contextes culturels différents, à des questions éthiques, ou relatifs au choix et à l'objectif des mesures thérapeutiques
<input type="checkbox"/> Lieu de soins	Une prise en charge palliative spécialisée ambulatoire n'est pas adaptée
<input type="checkbox"/> Orientation	Elaboration complexe du projet de sortie, en particulier pour les soins ultérieurs à domicile ou dans un établissement médico-social
<input type="checkbox"/> Isolement social	<input type="checkbox"/> Soutien nécessaire, absence de proches ou conflits relationnels <input type="checkbox"/> Précarité financière ou professionnelle
<input type="checkbox"/> Réseau personnel et soutien des proches	<input type="checkbox"/> Besoin accru d'accompagnement des proches, y compris des enfants mineurs <input type="checkbox"/> Epuisement ou situation de crise pour le /-la patient(e) ou les proches
<input type="checkbox"/> Phase terminale	Soins spécifiques importants lors de la phase de fin de vie

Remarque

Toute exception à ces critères doit être discutée avec le médecin responsable et/ou l'ICUS de l'unité de soins palliatifs, ou son remplaçant.

Demande d'admission à l'unité de soins palliatifs aigus spécialisés de l'hôpital d'Orbe

- L'admission est discutée par téléphone avec le médecin responsable, ou avec l'ICUS de l'unité en son absence, au **024 442 61 11**
- Une fois le patient accepté, le formulaire complété doit être envoyé à la Gestion des flux au **024 442 62 10** ou admissionsctr@ehnv.ch

Patient (Etiquette moyenne)	Date d'entrée dans l'unité Cliquez ici pour entrer une date. Heure d'arrivée :															
Médecin traitant : Cliquez ici pour taper du texte.	Cordonnées de la personne de contact															
Degré d'autonomie	Diagnostic principal															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Seul</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Aide</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Manger et boire</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Se laver</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Elimination</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Se déplacer</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Seul	Aide	Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comorbidités pertinentes pour cette demande
	Seul	Aide														
Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Prise en charge palliative

Connu de l'Equipe mobile de soins palliatifs : OUI NON Date de la dernière consultation: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Autre(s) spécialiste(s) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Thérapeutiques

Chimiothérapie en cours (même orale) : OUI NON
Programmée le : Cliquez ici pour entrer une date. Transport organisé : OUI NON
Radiothérapie en cours : OUI NON Transport organisé : OUI NON
Dialyse : OUI NON Fréquence : LU MA ME JE VE SA
Autre RDV médical déjà planifié (consultation spécialisée, contrôle...): OUI NON
Médicaments : feuille annexe

Systèmes

Neurologique	<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Désorientation	<input type="checkbox"/> Risque de fugue	<input type="checkbox"/> Agressivité
Respiratoire	<input type="checkbox"/> O2	<input type="checkbox"/> Trachéotomie	<input type="checkbox"/> BPAP ou CPAP		
Digestif :	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Colostomie	<input type="checkbox"/> Régime spécial :	
Urinaire :	<input type="checkbox"/> SV	<input type="checkbox"/> Urostomie	<input type="checkbox"/> Sonde sus pubienne	<input type="checkbox"/> Incontinence	
Cutané :	<input type="checkbox"/> Escarre	<input type="checkbox"/> Plaie	<input type="checkbox"/> Matelas à air Hill Rom	<input type="checkbox"/> Soins de cicatrice	
Locomoteur :	<input type="checkbox"/> Cannes	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant		
Equipement :	<input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique	<input type="checkbox"/> Gripper sur PAC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale	

Situation à domicile

Vit seul(e) OUI NON
 Proches aidants : OUI NON Prestations de soins à domicile : OUI NON

Résumé de situation (IDL)

.....

.....

.....

.....

.....

