



DEMANDE DE PASSAGE  
de l'Équipe Mobile  
de Soins Palliatifs  
en EHPAD/EHPA

Résidence demandeuse: .....

Nom du patient: .....

Nom de jeune fille: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Nom du Médecin traitant: .....

Date de la demande: .....

Motif de la demande

- |  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Patient informé de la maladie                            | <input type="checkbox"/> oui        | <input type="checkbox"/> non        |
| Patient informé du pronostic                             | <input type="checkbox"/> oui        | <input type="checkbox"/> non        |
| Patient informé du passage de l'EMSP                     | <input type="checkbox"/> oui        | <input type="checkbox"/> non        |
| Famille informée de la maladie                           | <input type="checkbox"/> oui        | <input type="checkbox"/> non        |
| Famille informée du pronostic                            | <input type="checkbox"/> oui        | <input type="checkbox"/> non        |
| <b>Médecin traitant informé de la demande de passage</b> | <input type="checkbox"/> <b>oui</b> | <input type="checkbox"/> <b>non</b> |

MERCI DE FAXER LA DEMANDE AU  
03 20 69 49 55