

DEMANDE DE SIGNALEMENT AU RESEAU ONCONORD

Accompagnement et coordination des soins de support/soins palliatifs

Demande à faxer au Réseau de Santé Onconord : 01.34.29.75.27

(Joindre un CR de consultation/hospitalisation)

ORIGINE DE LA DEMANDE	Date : ____/____/____
Nom du demandeur :	Fonction :
Ets / Structure/autre :	
Tél :	Mail :
Médecin référent :	Médecin traitant :

IDENTIFICATION DU PATIENT	
Nom :	Prénom.....
Date naissance : ____/____/____	Tél :
Adresse :	
CP :	Ville :
N Sécurité Sociale :	Centre SS :

CRITERES D'INCLUSION (obligatoires)	
Cancer <input type="checkbox"/>	Type de cancer :
Pathologie en phase palliative <input type="checkbox"/>	Type :
Accord du patient pour intervention du réseau :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

DIAGNOSTIC DE LA MALADIE			
Curative <input type="checkbox"/>	Palliative active <input type="checkbox"/>	Palliative symptomatique <input type="checkbox"/>	Palliative terminale <input type="checkbox"/>
Patient informé du diagnostic :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Patient informé du pronostic :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

DEMANDE :			
Consul Soins Supports : <input type="checkbox"/>	EMSP : <input type="checkbox"/>	Sortie d'hôpital : <input type="checkbox"/>	Suivi au Domicile : <input type="checkbox"/>

MOTIF DE LA DEMANDE	
- Douleur liée au cancer ou à la pathologie en phase palliative	<input type="checkbox"/>
- Autre(s) symptôme(s) lié(s) à la problématique palliative	<input type="checkbox"/>
- Problématique psychologique	<input type="checkbox"/>
- Problématique sociale	<input type="checkbox"/>
- Autre(s)	<input type="checkbox"/>
(à préciser)	
Commentaires :	
.....	
.....	
.....	

DECISION DU RESEAU (partie réservée au Réseau)	
Accord pour inclusion :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si non, motif de refus :	