

SIGNALEMENT RÉSEAU ONCONORD

Accompagnement et coordination en oncologie/soins palliatifs
 Demande à adresser au Réseau, par fax au 01.34.29.75.27 ou par mail à contact@onconord.org
(Joindre obligatoirement 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 : _____
Personne à contacter, Nom / Prénom : _____	
Lien de parenté : _____	Tél : _____
N° Sécurité Sociale : _____	Mutuelle : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> MDPH	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Où se trouve la personne actuellement ?	
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Héb. médico social	<input type="checkbox"/> Hôpital, Sortie prévue le : _____
Intervenants du domicile :	
<input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> SSIAD	<input type="checkbox"/> Prestataire, Nom : _____
<input type="checkbox"/> Asso aide à dom, Nom : _____	<input type="checkbox"/> IDEL, Coord. : _____

CRITERES D'INCLUSION (obligatoires)	
<input type="checkbox"/> Cancer, Type : _____	<input type="checkbox"/> Curatif <input type="checkbox"/> Palliatif
<input type="checkbox"/> Autre pathologie en phase palliative	Type : _____
Accord du patient pour intervention du Réseau :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accord du médecin traitant pour intervention du Réseau :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non informé

MOTIF DE LA DEMANDE (merci d'écrire de manière lisible)

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