



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
Médecin traitant informé de la demande de passage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

MERCI DE FAXER LA DEMANDE AU
03 20 69 49 55