

RESEAU ACCOMPAGNE

☎ 02 96 44 10 58

☎ 02 96 11 93 28

GUINGAMP



DEMANDE D'INTERVENTION

FAITE LE :

PAR :

SERVICE :

TEL :

FAX :

HAD SOLLICITEE

OUI

NON

Identité (étiquette patient) ou

Nom – Prénom

Date de naissance.....

Adresse :

.....

.....

.....

Téléphone :

PATHOLOGIE /RISQUES EVOLUTIFS :

.....

.....

.....

.....

.....

Patient informé :

oui

non

• Du diagnostic

• De l'évolution possible

• De la demande d'intervention

Famille informée :

Motif de la demande (à prioriser de 1 à 4) :

Coordination

Social

Douleur

Psychologique

Organisation du traitement :

Soutien de la famille

per os

perfusion

nutrition

Autre

Sortie envisagée le :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Est-il informé du projet de sortie ?

oui

non