****

**DEMANDE D’INCLUSION DANS LE RESEAU ASDES**

# ***Identification de la structure émettrice***

# **Date de la demande:** \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ **Structure/ Service :** …………………………

**Nom :** ……………………………………………. **Prénom :** ……………………………………

**Fonction :** ………………………………………..

|  |
| --- |
| ***Identification du patient :*** **Nom :** ……………………………………………. **Nom de jeune fille :** …………………………**Prénom**: ………………………………………….**Date de naissance** (jj/mm/aaaa) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Sexe** : ☐Femme ☐ Homme**Adresse** : ……………………………………………………………………………………………**Code postal** : …………………………………….. **Ville** : …………………………………………**Téléphone** : …../.…. /….. /….. /…../***Informations données au patient sur le réseau ASDES***☐ Oui ☐ Non***Souhaitez-vous que le réseau ASDES prenne contact avec le patient ?***☐ Oui ☐ Non |
| ***Médecin traitant* :** ☐à l’origine de l’orientation ☐contacté ☐d’accord **Nom :** ……………………………………………. **Prénom :** …………………………**Adresse** : ……………………………………………………………………………………………**Code postal** : …………………………………….. **Ville** : …………………………………………**Téléphone** : …./…. /…. /…. /…/ |
| ***Médecin hospitalier :*** ☐à l’origine de l’orientation ☐contacté ☐d’accord **Nom :** ……………………………………………. **Prénom :** …………………………**Adresse** : ……………………………………………………………………………………………**Code postal** : …………………………………….. **Ville** : …………………………………………**Téléphone** : …./…. /…. /…. /…/ |
| ***Pathologie principale :***  ***Principaux symptômes :*** |
| ***Traitements :***  |
| ***Voies d’abord et/ou sondes :*** ☐Voie périph IV ☐Voie périph SC ☐PAC ☐SNG ☐Stomies ☐Sonde urinaire |
| ***Personne de l’entourage :*** ☐à prévenir ☐de confiance**Nom :** ……………………………………………. **Qualité :** ……………………………………..**Adresse** : ……………………………………………………………………………………………**Code postal** : …………………………………….. **Ville** : …………………………………………**Téléphone** : …./…. /…. /…. /…./ |
| ***Directives anticipées :*** ☐ Oui ☐ Non |
| ***Conditions de vie :*** ☐Seul ☐Entouré  ☐Autonome ☐Dépendant***Professionnels déjà en place à domicile :*** ☐IDEL ☐HAD ☐SSIAD ☐Aide à domicile ☐Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Motif(s) de la demande de coordination :*** ☐Symptômes difficiles à contrôler (douleur, alimentation…)☐Soutien social☐Soutien psychologique☐Coordination du parcours de soins☐Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |