****

**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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |