**Fiche de demande – Réunion de Concertation Pluridisciplinaire palliative (RCPP)**

|  |
| --- |
| **Nom et fonction du demandeur :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Tel**. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Mail**.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Date de la demande :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.**Patient informé de la demande**: Oui [ ]  Non [ ]  |

**IDENTITE DU PATIENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom du patient** : **Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.****Adresse** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Téléphone :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Sexe** : Féminin [ ]  Masculin [ ] **Date de naissance** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Le patient est actuellement :A domicile [ ]  En EHPAD [ ]  En établissement de santé [ ]  Autres établissements [ ]  |

**CERCLE DE SOINS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom du médecin traitant** : **Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Ville :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Téléphone.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Mail sécurisé.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | **Nom et prénom du médecin référent/correspondant** : **Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Lieu d’exercice : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Téléphone.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Mail sécurisé.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Paramédicaux référents** (coordonnées si possible)IDEL [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Kinésithérapeute [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Psychologue [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.DAC [ ]  | SSIAD [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Bénévoles d’accompagnement [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.HAD [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.SAAD [ ] Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**MOTIF DE LA DEMANDE**

|  |
| --- |
| [ ]  Symptômes complexes Douleurs [ ]  Dyspnée [ ] Vomissements / Syndrome occlusif [ ]  Troubles neuropsychiques [ ] Angoisse [ ]  Signes de souffrance psychique [ ] Autres, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.[ ]  Organisation de la prise en charge palliative, projet de soins personnalisés [ ]  Discussion éthiqueLimitation / Arrêt de traitement [ ] Refus de soins [ ] Demande d’euthanasie [ ] [ ]  Autre préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Eléments médicaux et psycho-sociaux n’hésitez pas à joindre un CR, CR d’un RCP précédent**Pathologie principale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Antécédents (si possible) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Autres éléments à faire connaître : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.*Se référer au « Guide de la RCPP »* |

**TRAITEMENTS**

|  |
| --- |
| **Traitements actuels**Chimiothérapie [ ]  Radiothérapie [ ] Transfusions itératives [ ]  Ventilation non invasive [ ] Alimentation / hydratation artificielle [ ]  Dialyse [ ]  Autre [ ]  : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Médicaments quotidiens** : Joindre la dernière ordonnance si possible ou à préciser lors de la discussion (noms, doses et interdoses)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL**

|  |
| --- |
| **Indiquer les éléments importants pour la discussion** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**SOUHAITS DU PATIENT**

|  |
| --- |
| **Le patient peut-il communiquer ?** Oui [ ]  Non [ ] Si non, indiquer les raisons : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.**Recueil de la volonté du patient :** Souhait exprimé par le patient en lien avec traitement, lieu de soin, maladie, projet de vie **Préciser :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **La personne de confiance est désignée par le patient lui-même et par écrit :** Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Les directives anticipées sont rédigées (si oui, joindre la copie) :** Oui [ ]  Non [ ]  |

