**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 éthique  Limitation / 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 |

