**Demande d’admission Accueil Ambulatoire**

**Identité du patient**: [ ]  Isolement social

Nom et prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : 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. E-mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Personne à prévenir :** Nom et coordonnées: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lieu de séjour actuel du patient : [ ]  Domicile [ ] EHPAD

                                                         [ ]  Etablissement de santé et date de RAD prévue :

**Pathologie principale** :

[ ]  Cancer (et loc primitive) :

Métastases :

[ ]  Autres :

**Motifs de la demande** :

[ ] 1 er contact USP

[ ]  Soins techniques

[ ]  Symptômes : évaluation, ajustement de traitements

[ ]  Soutien psychologique patient et proches

[ ]  Approche psychocorporelle

[ ]  Soutien pour le maintien à domicile et/ou le devenir

[ ]  Discussion autour de la fin de vie

[ ]  Accompagnement social

[ ]  Réflexion éthique

[ ]  Autres : ……

**Situation thérapeutique** :

[ ] Traitement spécifique en cours : [ ]  Chimiothérapie  [ ]  Radiothérapie  [ ]  Immunothérapie  [ ] Transfusions en cours

Précision :

[ ]  Arrêt des traitements spécifiques : Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Intervenants à planifier** :

[ ]  Psychomotricité [ ]  Kinésithérapie [ ]  Assistante sociale [ ]  Psychologue

[ ]  Thérapies complémentaires

**Acte** :

[ ]  Ponction d’ascite [ ]  Réfection de pansement [ ]  Soins de nursing

[ ]  Autres :

**Délai souhaité de RDV** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Médecin demandeur**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*(Cachet et signature du médecin à l’origine de la demande)*

**Professionnels référents** (nom, prénom, téléphone/fax, email) :

*Médecins correspondants* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*Médecin généraliste référent* : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

EMPS / Réseau / HAD / Infirmières libérales / SSIAD : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***Merci de nous transmettre cette demande au 01.43.92. ou*** ***protondo@jeannegranier-paris.org***

***avec les éléments médicaux les plus précis (CRH et ordonnances) afin de nous permettre d’assurer au mieux notre suivi.***