



Centre
Hospitalier
Saint-Brieuc

Demande de téléconsultation en soins palliatifs Formulaire médical

Secrétariat : **02.96.01.82.00** : FAX : **02.96.01.75.77**

Messagerie non sécurisée : secretariat.emsp.stbrieuc@armorsante.bzh

Messageries sécurisées : - sec.douleur@ch-stbrieuc.mssante.fr

- sec.douleur.ch-stbrieuc@medical22.apicrypt.org



Demande

Date :

Nom et prénom du professionnel de santé demandeur

Structure

MT

Téléphone

Méd.Co

Nom et prénom du médecin traitant

IDEC



Patient·e

Nom et prénom

Date de naissance

N° de sécurité sociale

Établissement de résidence



Situation clinique

Pathologie principale :

Phase palliative :

Initiale

Avancée

Terminale ou fin de vie

Diagnostics associés à prendre en compte :

Le patient est informé de son diagnostic : OUI NON

Le patient est informé de la demande de téléconsultation : OUI NON

Accord du patient ou de son représentant : OUI NON

Le patient a déjà été suivi par une UMOG/HAD : OUI NON

Directives anticipées : OUI NON / Personne de confiance :



Histoire de la maladie



Traitement habituel



Motif principal de la demande

Prise en charge de la douleur : OUI NON

Prise en charge des autres symptômes : Dyspnée EE Encombrement bronchique Constipation

Agitation ou autres symptômes neurologiques Difficultés psychologiques

Autre :