



FICHE PREALABLE A UNE DEMANDE D'INCLUSION EN RESEAU

Merci de faxer cette demande au réseau SCOP qui vous contactera / fax 2 pages

Réseau de santé : SCOP	Contact tél. 01 47 15 09 76	Contact fax 01 47 15 09 82
----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

Date de la demande: _____ **Faite par :** _____

LE PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____ N° Sécurité Sociale (15 chiffres) : _____
 Sexe : M F Date de naissance / Age : _____

Pathologie principale (localisation, métastases...) : _____

Merci de joindre 1 CRH complet

Le patient a été informé sur le réseau SCOP Le : ____ / ____ / 20

Personne de l'entourage à prévenir de confiance

Nom : _____ Qualité : _____
 Prénom : _____ Adresse : _____
 Téléphone : _____ Code Postal : _____
 Mobile : _____ Ville : _____
 Fax : _____ Mail : _____

Médecin traitant : Contacté le : ____ / ____ / 20

Nom : _____ Qualité : _____
 Prénom : _____ Adresse : _____
 Téléphone : _____ Code Postal : _____
 Mobile : _____ Ville : _____
 Fax : _____ Mail : _____

Médecin hospitalier :

Nom : _____ Qualité : _____
 Prénom : _____ Adresse : _____
 Téléphone : _____ Code Postal : _____
 Mobile : _____ Ville : _____
 Fax : _____ Mail : _____



Conditions de vie :

Seul :

Entouré :

Equipe de professionnels déjà en place au domicile :

Ide Libérale : HAD : SSIAD : Aide à domicile : Autres :
(Préciser si possible)

Principaux symptômes :

OMS :

Traitements :

Karnofsky :

Le patient a-il été vu par une EMSP ? oui non

Directives anticipées ? oui non non évoqué

Décès à domicile souhaité par le patient : oui non non évoqué

Motif de la demande de coordination à préciser SVP :

Symptômes difficiles à contrôler :

Soins de support :

- Soutien social :
- Soutien psychologique :
- Autres :

Soutien des professionnels :

Soutien des aidants naturels :

Autres informations si besoin :

