Hôpitaux Universitaires Genève

Programme de Soins Palliatifs

imad

① Equipe Mobile Douleur et Soins Palliatifs Cluse-Roseraie (tél : 022.372.99.81/fax : 022.372.99.40).
② Equipe Mobile Antalgie et Soins Palliatifs Bellerive, 3-Chêne, Psychiatrie (tél:022.305.62.04/fax:022.305.71.15).
③ Infirmières Ressources Soins Palliatifs Hôpital de Loëx (tél : 022.727.25.91/fax : 022.727.26.76).
④ Unité de Gériatrie et Soins palliatifs Communautaire (tél : 022.372.33.27).

De : ① ② ③ ④
A : ① ② ③ ④

Date :

Nom, prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Proche (lien de parenté) :
Téléphone du proche :
Médecin-traitant :
Unité de soins/ EMD :

RESUME DE SUIVI du au

Le patient doit être informé de l'existence de ce document

Motif de l'hospitalisation :	**Motif du transfert :**
Diagnostics médicaux actuels:	**Diagnostics infirmiers et cibles ouvertes :**
Problèmes et symptômes principaux:	**Caractéristiques :**

Diagnostic discuté avec le patient: oui ☐ non ☐ ne sais pas ☐

Objectifs intervention Equipe Mobile :	**Résultats obtenus :**
Propositions à poursuivre après transfert :	**Traitement actuel :**
	Brochure sur la morphine reçue : oui ☐ non☐ ne sais pas ☐
Contexte socio-professionnel	**Craintes, difficultés exprimées par le patient et/ou son entourage**
Complications discutées avec le patient :	**Attitude préconisée :**
oui ☐ non ☐ Directives anticipées faites ☐ discutées ☐ en cours ☐ pas abordées ☐	

Médecin: Infirmière: