



Fiche préalable à une demande d'inclusion en Réseau pour un patient en soins palliatifs

Merci de faxer cette demande au réseau concerné qui vous recontactera

Nom du réseau		Contact Tél.	Contact fax
ARC EN CIEL	93	01 49 33 05 55	01 42 43 69 76
EMILE	78	01 34 74 80 60	01 34 74 24 34
ENSEMBLE	75	01 42 17 05 73	01 42 17 06 35
EPSILON	78	01 30 24 28 56	01 30 24 88 88
LE PALLIUM	78	01 30 13 06 33	01 30 13 06 39
NEPALE	91	01 69 63 29 70	01 69 80 64 21
OCEANE	93-94	01 48 59 76 61	01 48 59 72 40
ODYSSEE	78	01 30 94 03 68	01 30 92 00 94
ONCO 94 Ouest	94	01 46 63 00 33	01 46 63 19 28
ONCONORD	95	01 34 29 75 63	01 34 29 75 27
O.P.E.RA Avon	77	01 64 24 50 66	01 64 24 49 12
O.P.E.RA Serris	77	01 64 17 46 74	01 64 17 46 57
O.P.E.RA Meaux	77	01 64 35 36 85	01 64 35 36 59
O.P.E.RA Provins	77	01 64 00 22 45	01 64 00 20 68
OSMOSE	92	01 46 30 18 14	01 46 30 46 71
QUIETUDE	75	01 43 36 20 27	01 43 36 87 95
RACYNES	78	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14
RESEAUX DE SANTE PARIS OUEST	75	01 80 06 97 75	01 45 78 80 92
ROA	95	01 34 23 20 30	01 34 23 20 42
ROPE	75	01 43 74 12 58	01 44 74 11 56
SCOP	92	01 47 15 09 76	01 47 15 09 82
SPES	77-91	01 64 99 08 59	01 64 99 93 41

Le Patient :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	
Sexe :	Date de naissance / Age :
Pathologie principale (localisation, métastases...) :	
Entourage à domicile / conditions de vie	
Information du patient	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Accord du patient	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inapte <input type="checkbox"/>

La demande :	Date de la demande :
Nom du demandeur :	
Service :	
Coordonnées téléphoniques :	
Motif de la demande :	
<input type="checkbox"/> Soutien logistique.....	
<input type="checkbox"/> Problème médical (douleur, ...)	
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Retour à domicile – Date prévue	
Besoin en matériel :	
<input type="checkbox"/> O2	
<input type="checkbox"/> Injection	
<input type="checkbox"/> Perfusion	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
.....	

Médecin traitant :
Nom – prénom :
Adresse :
Coordonnées téléphoniques :
Contact du médecin traitant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Accord du médecin traitant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Autres intervenants à domicile :	
Kiné	
IDE	
SSIAD	
HAD	
Aux de vie	

Commentaires :