



Service de soins palliatifs et de confort : Missions et critères d'admission

1. Missions

Le service de soins palliatifs et de confort ou Unité résidentielle de Soins Palliatifs (USP) de la clinique du Bois de la Pierre est un service hospitalier de 6 lits.

Les soins palliatifs proposés sont des soins actifs, évolutifs et visent à préserver, voire améliorer la qualité de vie de la personne malade en situation palliative ou en fin de vie. Ils ont pour objectifs la prévention et le soulagement des symptômes dont la douleur et la prise en compte des besoins psychologiques, sociaux et spirituels dans une approche globale interdisciplinaire du patient et de sa famille.

Durant cet accompagnement, des questions peuvent se poser sur l'attitude à adopter concernant par exemple :

- un refus de traitement, de l'alimentation ou d'examens complémentaires
- un arrêt de traitement
- un projet de soin
- une demande d'euthanasie
- un conflit de valeurs

La collaboration entre tous les membres de l'équipe permet alors d'éclairer la situation en restant centré sur la personne soignée et son environnement.

La concertation interdisciplinaire ouvre l'éventail des solutions possibles, favorisant une décision médicale ajustée.

Les soins palliatifs visent également à procurer le soutien nécessaire aux proches dans la traversée de cette période de vie particulière et ce soutien peut parfois se poursuivre après le décès.

Pour atteindre ces objectifs, chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire s'engage à prendre soin de chaque personne comme étant unique, digne d'être respectée pour elle-même sans distinction d'origine, de condition sociale ni de conviction philosophique ou religieuse.

Un questionnement sur sa propre pratique, une réflexion éthique relative à la fin de vie ainsi qu'une formation continue garantissent également la prise en compte de l'unicité de la personne et de son histoire.

Enfin, la démarche palliative vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables, à soulager le plus efficacement possible la personne malade en assumant le cas échéant le risque d'abrégé sa vie, sans intention de provoquer son décès. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant jusqu'au bout et la mort comme un processus naturel.



2. Critères d'admission

Concrètement, l'admission en Unité de Soins Palliatifs concerne des patients atteints d'une **maladie sévère, incurable et évolutive en phase avancée ou terminale** de leur maladie, **notamment** dans les situations suivantes :

1. **Pour passer un cap aigu** en phase instable de la maladie (interventions multiples et imprévisibles) ou en raison de symptômes particulièrement difficiles à prendre en charge (confusion, agitation, angoisse, vomissement, encombrement, dyspnée sévère, ...).

Ces patients sont admis avec une perspective de sortie, si la prise en charge aboutit à une stabilisation de l'état clinique.

2. Patients palliatifs en phase de **récupération d'une complication aiguë**, nécessitant un temps de réadaptation et d'organisation **avant le retour à domicile ou le placement en Résidence de Soins**.
3. Patients palliatifs lourdement handicapés par une atteinte neurologique dégénérative ou néoplasique, vivant à domicile dans des conditions difficiles, **pour répit ponctuel des proches ou de l'équipe soignante du domicile**.

Pour ces trois critères, le travail en réseau permet le retour dans le lieu de vie habituel renforcé et sécurisé.

4. Patients en **fin de vie dans une situation compliquée** par une accumulation de symptômes pénibles et/ou une fragilité de l'entourage nécessitant l'accompagnement d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée et de bénévoles formés à ce genre d'accompagnement.

3. Destinataire de la demande

Une fois complété le formulaire doit être renvoyé à Mme Claudine Belleflamme par mail : planification@silva-medical.be ou par fax: 010/88 23 72



DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS ET DE CONFORT (à compléter par le médecin)

NOM et PRENOM du patient :

Sexe : M F

Lieu et date de naissance :

Etat civil :

Adresse :

Nationalité :

Langue :

Mutuelle : Code tit. :/..... N.N. :

Médecin traitant : Nom et prénom :

Adresse et téléphone :

Provenance :

Domicile

SILVA – Médical : service :

Autre hôpital :

jour et heure d'arrivée :

Maison de repos :

Nom et téléphone du médecin signant la demande :

Domicile habituel du patient:

Seul chez lui

En famille :

En maison de repos :

NOM ET PRENOM DE L'ASSISTANTE SOCIALE :

TELEPHONE :

DATE :



PERSONNES DE REFERENCE :

1. NOM et PRENOM :.....
Adresse :
Téléphone :
Lien de parenté :

2. NOM et PRENOM :.....
Adresse :
Téléphone :
Lien de parenté :

DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PALLIATIFS :

PATHOLOGIE

Diagnostic :

Date de debut de l'affection :

Evolution :

Antécédents:



Traitements en cours ou envisages :

Allergies connues :

oui non

CONTEXTE FAMILIAL ET SOCIAL :

Motifs conduisant à l'admission en unité de soins palliatifs **Qui fait la demande ?**

- Famille
- Médecin traitant
- Médecin spécialiste
- Patient

Informations données au sujet de la prise en charge à visée palliative ?

- au patient :
- aux proches :

Motifs de la demande d'admission ?

- Adaptation du traitement – contrôle des symptômes
- Dégradation de l'état général
- Souffrance psychologique
- Répit familial
- Problèmes sociaux
- Questionnement éthique
- Fin de vie

Le patient est-il au courant de la demande d'admission ?

- Oui
- Non, pourquoi ?



Si les conditions le permettent, le retour au domicile est-il souhaité par le patient ?

Oui

Non

Une équipe mobile de soins palliatifs est-elle déjà intervenue auprès de ce patient ?

Oui

Non

Demands spécifiques du patient pour sa fin de vie : *

- demande anticipée de non acharnement

Oui

Non

- demande anticipée d'euthanasie

Oui

Non

- demande d'euthanasie par écrit

Oui

Non

- demande d'euthanasie par oral

Oui

Non

*** cette rubrique DOIT être complétée obligatoirement par le médecin du patient**

QUELQUES RENSEIGNEMENTS :

ETAT NUTRITIONNEL :

Obésité – Cachexie – Perte récente de poids

Alimentation – Hydratation possible per os :

Non :

Oui texture : normale découpée mixée autre :

Appétit :

correct

diminué

nul



Gastrostomie :

- Non
- Oui : gavages :

Sonde naso gastrique:

- Non
- Oui : gavages :

Alimentation parentérale:

- Non
- Oui

Perfusion intra veineuse:

- Non
- Oui

ETAT PSYCHIQUE :

- Dépression
- Anxiété
- Confusion
- Démence
- Pathologie psychiatrique :
- Collaboration : oui / non
- Agitation : oui / non

ETAT CUTANE : escarres (localisation / stade / dimension / soins de plaies)



DOULEUR :

- Absente
- Légère
- Modérée
- Sévère
- Insupportable
- Localisations :

SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE : insuffisance cardiaque – angor – HTA.

SYSTEME RESPIRATOIRE :

- Asthme
- Dyspnée
- Oxygène :
- Encombrement
- Trachéotomie
- Trachéostomie

SYSTEME LOCOMOTEUR :

- se déplace seul
- se déplace avec l'aide de....personne(s) :
- se déplace avec aide technique :
- se lève au fauteuil
- reste au lit

SYSTEME DIGESTIF :

- Diarrhées
- Constipation
- Stomie
- Nausées
- Vomissement

SYSTEME URO-GENITAL :

- Sonde vésicale :
- Stomies :

CONTINENCE :

ORGANES DES SENS :

COMMENTAIRES LIBRES :

LE MEDECIN :

Cachet :

Téléphone :