

DEMANDE DE PRÉADMISSION À LA MSP SERCAN

Nom à la naissance :			Âge :		
Sexe :		Poids :		Taille :	
Diagnostic principal :				Date du diagnostic :	
Métastases :			Localisation : (veuillez annexer le rapport)		
Traitements reçus en lien avec ce diagnostic (chirurgie) ou autres (chimiothérapie, radiothérapie) :					
Pronostic de survie : < 2 semaines < 1 mois < 3 mois					
Encercler selon l'échelle utilisée: ECOG : 3 ou 4 PPS : 40% ou 30% ou 20% ou 10% KARNOFKY : 40% ou 30% ou 20% ou 10%					
Symptômes actuels : Douleurs difficiles à contrôler Dyspnée à l'effort Dyspnée au repos Nausées/vomissements Sub-occlusion/occlusion Délirium Oedème Ascite Anorexie moyenne ou sévère Incapable de faire ses transferts seul					
Plaies (spécifier) : _____					
Troubles de comportement (spécifier) : _____					
Conditions médicales associées (actifs et inactifs) : Trachéotomie Colostomie Sonde vésicale Oxygénothérapie Gastrostomie Gavage Fumeur actif Errance					
Autres maladies connues pertinentes :					
Allergies (spécifier réaction) :					
Coordonnées du médecin requérant					
Nom :				Téléphone :	
Spécialité :					
Adresse :				Cabinet privé CLSC Centre hospitalier	