



## DEMANDE D'ADMISSION DANS L'UNITE de SOINS PALLIATIFS CSPO (à compléter par le médecin traitant avec l'assurance du consentement du patient et/ou représentant légal)

### PATIENT

NOM et PRENOM du patient :

Sexe : M / F

Lieu et date de naissance :

Etat civil :

Adresse :

Nationalité :

Langue :

Mutuelle :

N.N. :

Provenance :

- Domicile :
- Maison de repos :
- Autre hôpital :
- Autres :

Personne(s) de référence :

### MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom :

Adresse :

Téléphone :

### MOTIF D'ADMISSION :

Répit :

Gestion de symptômes inconfortables :

Fin de vie :



## **PATHOLOGIE(S):**

Diagnostic :

Date de début de l'affection :

Evolution :

Antécédents :

Traitements en cours ou envisages :

Allergies connues :

Demandes 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

Document à renvoyer à : [unite.soinspalliatifs@cspo.be](mailto:unite.soinspalliatifs@cspo.be)