



**FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION
DE L'EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS (EMSP)
DU CENTRE HOSPITALIER DE PFASTATT**

SSI/EN/
Date d'application :
27/11/2024
Version 01
Page 1 sur 1

Patient(e) :

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Médecin traitant :

Personne à contacter :

Noms :

Prénoms :

Liens avec le/la patient(e) :

Téléphone :

Demandeur :

Nom & Prénom :

Qualité / profession :

Coordonnées téléphoniques :

Nom de l'établissement / service :

Accord obligatoire du médecin traitant obtenu le :

Pathologie palliative :

Motif de la demande à préciser :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Délai d'intervention souhaité :

- 7- 10 jours 10-15 jours Sup 15 jours

En cas de demande plus urgente le médecin peut nous contacter au 03.89.52.80.18.

Merci de joindre les comptes rendus médicaux des dernières consultations ou hospitalisation à cette demande et de les adresser au secretariat de l'EMSP par email à : emsp@ch-pfastatt.fr

A réception de cette feuille dûment renseignée, nous vous contacterons dans les meilleurs délais.