



**Demande d'intervention du  
Réseau de santé plurithématique SPES**  
Cancérologie ▪ Gériatrie ▪ Soins palliatifs ▪ Accès aux soins

**Date de la demande :**

<b>Demandeur</b>	<b>Structure</b>
Médecin ou professionnels de santé :	Hôpital/service
Fonction :	Tél : Mail :

**Identification du patient :**

Nom-prénom :

F  H

Date de Naissance :

Adresse :

Tél (fixe/portable) :

**Le patient a été informé et a donné son accord pour l'intervention du réseau :** OUI  NON

**Situation familiale :** marié(e)  veuf(ve)  vie maritale  divorcé(e)  célibataire

**Coordonnées de la famille et/ou de l'aidant (nom et N° de téléphone) :**

Lien avec le patient :

**Médecin traitant : Dr**

Adresse/N° de téléphone :

**Le médecin traitant a donné son accord pour l'intervention du réseau :** OUI  NON

**Pathologie :**

Diagnostic :

Posé le :

par :

**Motif de la demande :**

- Anticipation médicale
- Adaptation/anticipation du plan d'aides matérielles et/ou humaines
- Douleur(s)
- Symptôme(s) d'inconfort
- Soutien psychologique patient et/ou entourage
- Soutien d'équipe soignante et/ou sociale
- Aide aux prises de décision éthique
- Prévention et/ou accompagnement des aidants
- Évaluation et/ou accompagnement social
- Évaluation et suivi diététique

**Rappel :**  
Le réseau de santé plurithématique SPES s'adresse à toute personne porteuse d'une pathologie grave et/ou chronique en situation de complexité médicale et/ou psycho-sociale.

**Commentaires :** Merci de joindre au signalement les CR d'hospitalisation – CR évaluation gériatrique – CR consultation - Bilan neuropsych...