

CMS – SUPAA

Dispositif pilote de dispensation de soins
aigus destiné aux clients de CMS souffrant
de décompensation psychique

FORMULAIRE INFIRMIER DE DEMANDE D'INTERVENTION DE L'EMPAA / PSYCHIATRE DANS LES CMS

DIRECTIVE

- Ce document est rempli, en principe, par l'infirmière de référence du client et complète la demande remplie par le médecin; les grilles d'observations sont jointes à l'envoi
- Il est envoyé:
 - par fax: 021 314 87 79
 - par mail: porteuniquesupaa@chuv.ch
- Une copie est envoyée au médecin du client

CENTRE

CMS de: _____ Date: _____

Nom/prénom de l'infirmière: _____

Tél: _____ Fax: _____

CLIENT

Sexe: Homme Femme

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____

Adresse: _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom: _____ Prénom: _____

Tél: _____ Fax: _____

- Le MPR est à l'initiative de la demande d'intervention de l'EMPAA qu'il délègue au CMS;
- Le CMS est à l'initiative de la demande d'intervention de l'EMPAA **ET** a obtenu l'accord du MPR;
- Le CMS est à l'initiative de la demande d'intervention de l'EMPAA **MAIS** le MPR n'y étant pas favorable, le CMS souhaite le soutien de l'EMPAA.

Degré d'urgence: en urgence (dans les 24h) agendé (24h-72h) à distance (plus de 72h)

CMS – SUPAA

Dispositif pilote de dispensation de soins aigus destiné
aux clients de CMS souffrant de décompensation psychique

Risques encourus par le client si aucune intervention n'est mise en place:

Client accepte la demande d'intervention: Oui Non Ne peut pas se prononcer

Représentant thérapeutique accepte la demande d'intervention: Oui Non

Entourage informé de la demande d'intervention: Oui Non

Présence de directives anticipées: Oui Non