



**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](mailto:emsp@ch-pfastatt.fr)

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