

Déclaration en vue de l'obtention de soins palliatifs

Volet administratif

(à compléter par le médecin traitant et à envoyer, sous pli fermé, au Contrôle médical de la sécurité sociale)

1. Données concernant la personne soignée:

Nom marital: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénom(s): _____

Matricule de sécurité sociale: _____

Situation sociale/civile: marié(e) veuf(ve) célibataire vit seul(e)

présence d'un aidant informel: Oui Non

2. Lieu de séjour de la personne soignée au moment de la déclaration:

Maintien à domicile

Adresse: _____

Séjour en établissement d'aides et de soins

Nom de l'établissement: _____

Adresse de l'établissement: _____

Séjour en établissement hospitalier

Nom de l'établissement: _____

Adresse de l'établissement: _____

Séjour en centre d'accueil pour les personnes en fin de vie

Nom de l'établissement: _____

Adresse de l'établissement: _____

3. Projet de séjour exprimé par la personne soignée:

La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible à **domicile**

- intervention d'un réseau d'aides et de soins

Non

Oui

Si oui, indication du nom et de l'adresse:

- indication des coordonnées d'une personne de référence de son entourage:

- indication de l'adresse de séjour lorsque celle-ci diffère de l'adresse officielle:

- La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **établissement d'aides et de soins**.
- La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **établissement hospitalier**.
- La personne déclare vouloir être soignée dans la mesure du possible en **centre d'accueil pour les personnes en fin de vie**.

4. Données concernant le médecin traitant signataire de la déclaration:

Médecin demandeur:	Nom:	
	Adresse:	
	Code médecin:	
	Date:	
	Cachet et signature:	

5. Consentement à la déclaration par la personne soignée ou son représentant légal:

Personne soignée ou son représentant légal:	Nom de la personne soignée:	
	Nom du représentant légal:	
	Matricule du représentant légal:	
	Date:	
	Signature:	

6. Validation par le Contrôle médical de la sécurité sociale:
(à compléter par le Contrôle médical de la sécurité sociale)

La déclaration en obtention des soins palliatifs est validée.

Date d'ouverture du droit: _____

Signature du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale: _____

Date de la signature: _____

(Le volet administratif est à transmettre endéans les trois jours ouvrables par le Contrôle médical de la sécurité sociale à la Caisse nationale de santé.)

Déclaration en vue de l'obtention des soins palliatifs

Volet médical

(à compléter par le médecin traitant et à envoyer, sous pli fermé, au Contrôle médical de la sécurité sociale)

Données concernant la personne soignée:

Nom marital: _____

Nom de jeune fille: _____

Prénom(s): _____

Matricule de sécurité sociale: _____

Je soussigné médecin certifie que la personne soignée susmentionnée:

- souffre d'une ou de plusieurs affections graves et incurables et est entrée en phase avancée ou terminale. L'évolution de l'affection est défavorable avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique,

Descriptif de l'affection:	<input type="checkbox"/>	néoplasie	ICD	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	maladie neurodégénérative	10:	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	maladie cardiovasculaire ou pulmonaire	ICD	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	autres à préciser: _____	10:	<input type="checkbox"/>

- bénéficie d'une prise en charge médicale qui est primordialement symptomatique,
- pour qui le décès est attendu dans une situation où elle a des besoins physiques et psychiques, sociaux ou spirituels importants, nécessite un engagement soutenu de la part de son entourage ou de professionnels ayant à leur disposition les moyens techniques appropriés et possédant une qualification spécifique pour la délivrance des soins palliatifs,
- bénéficie de la continuité de la prescription des soins médicaux dans le cadre de mon intervention,
- dans le cas où elle a déclaré vouloir mourir à domicile, dispose de la présence assurée par une tierce personne ou un réseau d'aides et de soins,

et que d'après mes constatations ces conditions s'appliquent à la personne soignée susmentionnée depuis le:

Date d'ouverture demandée _____

Je suis informé que le présent constat, à valider par le Contrôle médical de la sécurité sociale, comporte pour la personne soignée la prise en charge des soins palliatifs spécifiques conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale et des instruments juridiques qui en découlent pour une période de 35 jours à compter de la date d'ouverture du droit déterminée par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Je suis informé que si une prolongation du droit au-delà de la période initiale est nécessaire, une déclaration de prolongation doit être présentée au Contrôle médical de la sécurité sociale, au moyen d'un formulaire spécial, 3 jours ouvrables avant l'expiration de la première période accordée.

Médecin demandeur:	Nom:	
	Adresse:	
	Code médecin:	
	Date:	
	Cachet et signature:	