

# RÉSIF

Association « Réseaux de santé d'Ile-de-France »

## Fiche préalable à une demande d'inclusion en Réseau de santé pour un patient en soins palliatifs

*Merci de faxer cette demande au réseau concerné qui vous recontactera*

Nom du réseau	Contact Tél.	Contact fax	Description de la zone d'intervention
ARC EN CIEL	01 49 33 05 55	01 42 43 69 76	93
EMILE	01 34 74 80 60	01 34 74 24 34	78 Nord
ENSEMBLE	01 42 17 05 73	01 42 17 06 35	75 (1°-2°-3°-4°-5°-6°-13°-14°)
GCS REPY (Pôle Versailles)	01 30 24 28 56	01 30 24 88 88	78 Sud
GCS REPY (Pôle Rambouillet)	01 30 88 88 89	01 30 13 06 39	78 Sud
GOSPEL	01 83 61 62 00	01 83 61 62 00	77 Nord
NEPALE	01 69 63 29 70	01 69 80 64 21	91 Nord
OCEANE	01 48 59 76 61	01 48 59 72 40	93 Sud
ODYSSEE	01 30 94 03 68	01 30 92 00 94	78 Nord-Ouest et 95 nord (Vexin)
ONCO 94 OUEST	01 46 63 00 33	01 46 63 19 28	94 ouest
ONCONORD	01 34 29 75 63	01 34 29 75 27	95 Nord-Est
OSMOSE	01 46 30 18 14	01 46 30 46 71	92 Sud
PARTAGE 94	01 45 17 57 83	01 45 17 57 16	94 Est
QUIETUDE	01 43 36 20 27	01 43 36 87 95	75 (8°-9°-10°-17°-18°-19°)
RACYNES	01 30 61 70 16	01 30 61 71 14	78 Nord-Est
RESEAUX DE SANTE PARIS OUEST	01 80 06 97 75	01 45 78 80 92	75 (7°-15°-16°)
RT2S 77	01 60 71 05 93	01 60 72 03 25	77 Sud
ROA	01 34 23 20 30	01 34 23 20 42	95 Sud-Est (Bassin d'Argenteuil)
ROPE	01 44 74 12 58	01 44 74 11 56	75 (11°-12°-20°)
RESEAU 92 NORD	01 71 90 50 50	01 40 86 75 79	92 Nord
SPES	01 64 99 08 59	01 64 99 93 41	91 Sud

Pour affiner votre recherche territoriale, nous vous invitons à vous rendre sur la Plateforme d'Accompagnement des Professionnels de Santé de l'ARS : [PAPS Ile-de-France](#) (lien direct)

Le Patient :	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Téléphone :	
Sexe :	Date de naissance / Age :
Pathologie principale (localisation, métastases...) :	
Entourage à domicile / conditions de vie	
Information du patient	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Accord du patient	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inapte <input type="checkbox"/>

## Fiche préalable à une demande d'inclusion en Réseau de santé pour un patient en soins palliatifs

<b><u>La demande :</u></b>	<b><u>Date de la demande :</u></b>
Nom du demandeur :	
Service :	
Coordonnées téléphoniques :	
Motif de la demande :	
<input type="checkbox"/> Soutien logistique.....	
<input type="checkbox"/> Problème médical (douleur, ...) .....	
<input type="checkbox"/> Soutien psychologique .....	
<input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> Retour à domicile – Date prévue .....	
Besoin en matériel :	
<input type="checkbox"/> O2	
<input type="checkbox"/> Injection	
<input type="checkbox"/> Perfusion	
<input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> .....	
.....	

<b><u>Médecin traitant :</u></b>
Nom – prénom :
Adresse :
Coordonnées téléphoniques :
Contact du médecin traitant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Accord du médecin traitant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

<b><u>Autres intervenants à domicile :</u></b>	
<b>Kiné</b>	
<b>IDE</b>	
<b>SSIAD</b>	
<b>HAD</b>	
<b>Aux de vie</b>	

<b><u>Commentaires :</u></b>
------------------------------