Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ☐ ou palliative terminale ☐

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

RÉDACTEUR Nom : | Statut du rédacteur :

Téléphone : | *ou tampon :*

Fiche rédigée le :

PATIENT ☐ M. ☐ Mme **NOM :** **Prénom :**

Rue : **Né(e) le :**

CP : Ville : **Téléphone :**

N° SS : Accord du patient pour la transmission des informations : ○ Oui ○ Non ○ Impossible

Médecin traitant : Joignable la nuit ○ Oui ○ Non ○ NA[1] Tél :

Médecin hospitalier référent : Tél :

Service hospitalier référent : Tél :

Lit de repli possible[2] : Tél :

Suivi par HAD : ○ Oui ○ Non ○ NA Tél :

Suivi par EMSP : ○ Oui ○ Non ○ NA Tél :

Suivi par réseau : ○ Oui ○ Non ○ NA Tél :

Autres intervenants à domicile : (SSIAD, IDE libérale…) avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA Son pronostic ? ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA

L'entourage connaît-il le diagnostic ? ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA Le pronostic ? ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA

Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : ○ Oui ○ Non ○ En partie ○ NA

Projet thérapeutique :

Symptômes et risques possibles : si extrême, l'écrire en majuscules

☐ Douleur ☐ Dyspnée ☐ Vomissement
☐ Encombrement ☐ Anxiété majeure
☐ Agitation ☐ Convulsions ☐ Occlusion
☐ Autres *(à préciser dans cette zone →)*

Produits disponibles au domicile :

Prescriptions anticipées : ○ *Oui* ○ *Non* ○ *NA*

DÉMARCHE PRÉVUE ○ **Avec accord patient le** ○ **Projet d'équipe si accord patient impossible**

Hospitalisation : ○ Souhaitée si aggravation ○ Envisageable ○ Refusée autant que possible ○ NA

Soins de confort exclusifs : ○ Oui ○ Non ○ NA Décès à domicile : ○ Oui ○ Non ○ NA

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : ○ Oui ○ Non ○ NA Massage cardiaque : ○ Oui ○ Non ○ NA

Ventilation non invasive : ○ Oui ○ Non ○ NA Intubation : ○ Oui ○ Non ○ NA

Usage d'amines vaso-actives : ○ Oui ○ Non ○ NA Trachéotomie : ○ Oui ○ Non ○ NA

Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : ○ Oui ○ Non ○ NA Remplissage : ○ Oui ○ Non ○ NA

Directives anticipées ○ Oui ○ Non ○ NA Rédigées le ☐ Copie dans le DMP

Personne de confiance Lien : Tél :

Où trouver ces documents ?

Autre personne à prévenir Lien : Tél :

1) NA = Non Applicable ou inconnu 2) Validé au préalable avec le service concerné Version fiche 2017-05

Annexe Fiche URGENCE PALLIA

La fiche URGENCE PALLIA se doit d'être synthétique pour une lecture rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes.

Cette fiche annexe vous permet de détailler les notions résumées dans la fiche.

Date de rédaction de la fiche URGENCE PALLIA à laquelle cette fiche annexe se rapporte :

Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe :

Nom du rédacteur :

Statut du rédacteur :

CONCERNANT CE PATIENT : ○ **M.** ○ **Mme** **Nom :**

Prénom : **Né(e) le :**

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :