

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 ☐ NA¹ **Tél :**

Médecin hospitalier référent : **Tél :**

Service hospitalier référent : **Tél :**

Lit de repli possible² : **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 : ☐ Douleur ☐ Dyspnée ☐ Vomissement ☐ Encombrement ☐ Anxiété majeure ☐ Agitation ☐ Convulsions ☐ Occlusion ☐ Autres (à préciser dans cette zone →)

si extrême, l'écrire en majuscules

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 aiguë 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