

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 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 : 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 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 :