

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 →)

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