

# 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<sup>1</sup> Tél :   
Médecin hospitalier référent :  Tél :   
Service hospitalier référent :  Tél :   
Lit de repli possible<sup>2</sup> :  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  
si extrême, l'écrire en majuscules  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