

# 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



## 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 :