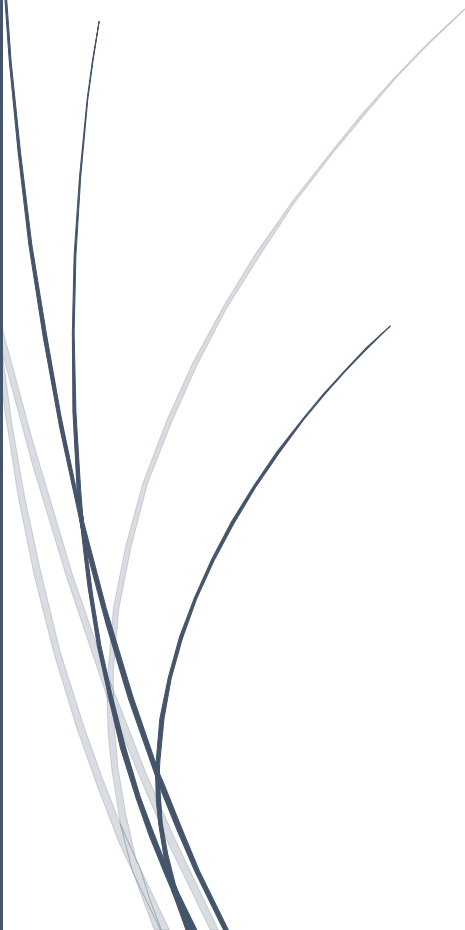




05/10/2016

Critères d'identification d'un résident nécessitant un accompagnement en fin de vie

Groupe de travail Commission
Handicap et fin de vie



Pascale Segelle (FAM ADAPEI), Murielle Berland et Corinne
Jamet (Résidence Algira), Emmanuelle Simoulin (EADSP
36), Elisabeth Aubard (Atout Brenne), Virginie Rhimbert,
Dr Boileau et Julie Cromarias (MAS Maison de Gâtines)

Date de la réunion pluridisciplinaire :

Nom, Prénom :

Date de naissance :

Date d'entrée :

Situation de famille :

Protection juridique :

Personne de confiance : Oui Non

Directives anticipées rédigées : Oui Non

Dernières volontés recueillies : Oui Non

Présentation du handicap :

.....

Pathologies associées :

.....

Antécédents médicaux :

.....

Antécédents chirurgicaux :

.....

Éléments déclencheurs de la réunion pluridisciplinaire :

Changements et/ou ressentis exprimés par le résident :

.....

.....

.....

Observations et/ou ressentis exprimés par la famille :

.....

.....

.....

Observations et ressentis de l'équipe : tableau

	Critères	Modifications significatives observées par l'équipe engageant le pronostic vital du résident et/ou signes d'inconfort
Symptomatologie	Constantes	
	Alimentation	
	Hydratation	
	Digestion	
	Elimination urinaire et fécale	
	Etat cutané	
	Respiration	
	Mobilité	
	Sommeil	
	Sensoriel	
	Douleur	

Psychologique	Angoisse	
	Tristesse	
	Dépression	
	Apathie / Indifférence	
	Syndrome confusionnel	
	Verbalisations d'idées de mort	
	Isolement	
	Désinhibition	
	Agressivité	
	Refus alimentaire	
	Refus de soin	
	Agitation motrice	
	Social	
Relations familiales		
Spirituel	Questionnements existentiels	
	Questionnements religieux	

Risques identifiés mettant en jeu le pronostic vital/ synthèse de l'histoire de la maladie :

.....
.....
.....
.....

Changements observés dans l'accompagnement quotidien (moyens matériels et/ou humains) :

.....
.....
.....
.....

Validation du médecin :
(Nom, Prénom, Signature)

Le/...../.....

Famille et/ou représentants légaux informés : Oui, le/...../..... Par :
 Non

Réévaluation en équipe à prévoir pour le :/...../.....

Décision prise à la suite de la réunion du/...../..... : l'évolution de l'état général de la personne
accompagnée nécessite de poursuivre l'accompagnement de fin de vie : Oui Non

P.J. : Feuille d'émargement à faire signer le jour de la réunion pluridisciplinaire

Annexe : Critères d'identification d'un résident nécessitant un accompagnement en fin de vie

Constantes

- Poids
 - o Perte de poids
 - o Prise de poids
 - o Pas de changement
- Etat nutritionnel
 - o Dénutrition (cachexie)
 - o Anorexie
 - o Obésité morbide
 - o Œdème marqué
- Fièvre fréquente
- Tension : hypotension mal supportée

Alimentation

- Troubles de la déglutition
- Dysphagie

Hydratation

- Déshydratation
- Sécheresse de la bouche
- Ulcérations buccales

Digestion

- Nausées
- Vomissements
- Hocquet rebelle

Elimination urinaire et fécale

- Incontinence
- Rétention (sonde à demeure)
- Constipation
- Diarrhée
- Occlusion intestinale

Etat cutané

- Rougeurs persistantes
- Point d'appui (lésions modérées)
- Escarres
- Plaies malodorantes
- Œdèmes
- Fistules

Respiration

- Dyspnée à l'effort (difficulté respiratoire)
- Dyspnée en parlant
- Encombrement bronchopulmonaire

- Toux (asthénante)
- Cyanose
- Insuffisance respiratoire (désaturation Sa O₂ < 90%)
- Sueurs profuses
- Râles

Mobilité

- (Asthénie)
- Fatigabilité chronique
- Grabatisation

Sommeil

- Insomnies
- Difficultés d'endormissement

Douleur

- Type
- Intensité
- Fréquence
- Localisation
- Soulagé par
- Soulagé partiellement