

Date de la 1<sup>ère</sup> fiche de signalement : \_\_\_\_\_ Statut du rédacteur : \_\_\_\_\_  
 Date de la mise à jour (le cas échéant) : \_\_\_\_\_  
 Rédacteur \*(Nom-prénom) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Accord de la personne concernée pour la transmission des informations:  Oui  Non  Impossible  
 DMP patient créé :  Oui  Non  Ne sait pas Pièces jointes consultables sur le DMP :  Oui  Non

**INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE :** Sexe :  Masculin  Féminin

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom(s) :** \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ **Né(e) le :** \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
**Téléphone 1 :** \_\_\_\_\_ **Téléphone 2 :** \_\_\_\_\_

Personne de confiance :

**Nom-Prénom:** \_\_\_\_\_ **Lien :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone 1 :** \_\_\_\_\_ **Téléphone 2 :** \_\_\_\_\_

Personne à prévenir :

**Nom-Prénom:** \_\_\_\_\_ **Lien :** \_\_\_\_\_  
**Téléphone 1 :** \_\_\_\_\_ **Téléphone 2 :** \_\_\_\_\_

Connaissance du **DIAGNOSTIC** par le PATIENT :  Oui  Non  Partiellement  Non applicable  
 Connaissance du **DIAGNOSTIC** par la FAMILLE :  Oui  Non  Partiellement  Non applicable  
 Connaissance du **PRONOSTIC** par le PATIENT :  Oui  Non  Partiellement  Non applicable  
 Connaissance du **PRONOSTIC** par la FAMILLE :  Oui  Non  Partiellement  Non applicable

Facteurs de fragilité du domicile – Contexte environnemental :

**Souhaits exprimés quant à la prise en charge sanitaire et/ou à la fin de vie :**

**Existence de directives anticipées :**  Oui  Non  En pièce jointe  Sur le DMP  A domicile

**Décès souhaité à domicile :**  Oui  Non  Dans la mesure du possible  Pas communiqué

Services d'hospitalisation possible de repli :

