

INFORMATIONS MEDICALES :

Pathologie principale :

 Antécédents significatifs, allergies, **histoire de la maladie, symptômes prédominants**, objectifs thérapeutiques:

 Objectif prioritaire curatif : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

 Objectif prioritaire soins de confort : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

 Soins palliatifs terminaux : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

 Procédure de Limitation/Arrêt de Traitement validée dans le cadre d'une réflexion collégiale : ☐ Oui ☐ Non

Traitement en cours à la date de la mise à jour (joindre éventuellement la dernière ordonnance) :

Complications possibles / Protocoles anticipés : (préciser si produits disponibles à domicile = D)
EQUIPE SOIGNANTE HABITUELLE : (Nom-Prénom / Structure le cas échéant)

Disponible pour appel Jour Nuit

MEDECIN TRAITANT :

Localité :

Téléphone :

☐ ☐
CABINET INFIRMIER :

Localité :

Téléphone :

☐ ☐
MEDECIN SPECIALISTE :

Localité :

Téléphone :

☐ ☐
MEDECIN DE SOINS PALLIATIFS :

Localité :

Téléphone :

☐ ☐
MEDECIN HAD :

Localité :

Téléphone :

☐ ☐