

FORMULAIRE SAMU /CENTRE 15
DOSSIER "PATIENT REMARQUABLE" - POUR UN RESIDENT D'EHPAD

secretariat.samu56@ch-bretagne-atlantique.fr ; arm.back-office@ch-bretagne-atlantique.fr

Date de la 1ère fiche : Date de mise à jour :

REDACTEUR

Nom Téléphone
Prénom Rue
Statut/Profession Code Postal / Ville

PATIENT

Nom
Prénom
Statut/Profession

COORDONNEES DU PATIENT

Téléphone
Rue
Code Postal / Ville

PERSONNE A PREVENIR

Nom
Prénom
Téléphone

MEDECIN TRAITANT

Nom
Rue
Téléphone

PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE :

Oui Non

Nom Téléphone
Prénom

ACCORD DE LA PERSONNE POUR TRANSMETTRE LES INFORMATIONS: Oui Non Ne peut communiquer

SUIVI HAD: Oui Non Si oui, laquelle

CONNU DE L'EMSP ou EMGT: Oui Non Si oui, laquelle

PATHOLOGIE PRINCIPALE

DIAGNOSTICS ASSOCIES A PRENDRE EN COMPTE

ATCD NOTABLES

SOUHAITS EXPRIMES PAR LA PERSONNE (*Traitements, sédation, hospitalisation, décès à domicile...*) ?

DIRECTIVES ANTICIPEES : Oui Non Si oui, où se trouvent-elle ?

RESUME DE LA SITUATION ET/OU COMMENTAIRES