

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

coordonnateur.samu56@ghba.fr

Date de la 1ère fiche :

Date de mise à jour :

REDACTEUR

Nom

Téléphone

Prénom

Rue

Statut/Profession

Code Postal / Ville

PATIENT

Nom

Téléphone

Prénom

Rue

Statut/Profession

Code Postal / Ville

COORDONNEES DU PATIENT

PERSONNE A PREVENIR

Nom

Prénom

Téléphone

MEDECIN TRAITANT

Nom

Rue

Téléphone

PERSONNE DE CONFIANCE DESIGNEE :

☐Oui

☐Non

Nom

Prénom

Téléphone

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