

TROUSSE DE REGULATION URGENCE/SAMU*

Nom EHPAD:

Référent(s):

Lieu de Stockage:

Denomination produit	Quantité préconisée	Quantité disponible	Modalité de délivrance (PUI, officine de ville , commande fournisseur matériel médical etc.)	Référence Fournisseur	Date de péremption du produit	Catégorie
DISPOSITIFS MEDICAUX 1/2						
Gants Nitrites S/M/L	4 paires					Divers
Compresse stériles 7,5*7,5	3 paquets					Divers
Sparadrap (rouleau)	1					Divers
Ciseau Jesco	1					Divers
Kit de sonde urinaire Ch14	1					Divers
Bandelettes réactives pour urines	1					Divers
Pansement Américains	1					Plaie
Bande Velpeau	2					Plaie
Set de suture	1					Plaie
Fil de suture 3-0 courbre	2					Plaie
Sutures cutanées adhésives stériles	1					Plaie
Agrafeuse	1					Plaie
Canule de Guedel (1 orange / 1 verte)	2					Urgence
Masque Haute Concentration (MHC)	1					Cardio-respiratoire
Lunettes à oxygène	1					Cardio-respiratoire
Masque Aerosol	1					Cardio-respiratoire
Sonde Aspi trachéale 14/10	2					Cardio-respiratoire
Canule de Yankauer	1					Cardio-respiratoire

* Modèle Type 2023 – Elaboré par des professionnels de l'urgence , de la gériatrie et des ehpad dans le cadre des travaux sur les situations d'urgence en EHPAD (Filières gériatriques Vannes-Auray et Malestroit-Ploërmel/SAMU 56)

TROUSSE DE REGULATION URGENCE/SAMU*

DISPOSITIFS MEDICAUX 2/2

Garrots	2					Voix Veineuse Périphérique
Cathlon 18G	2					Voix Veineuse Périphérique
Cathlon 20G	2					Voix Veineuse Périphérique
Cathlon 22G	2					Voix Veineuse Périphérique
Perfuseur 3 voies	2					Voix Veineuse Périphérique
Prolongateur 3 voies	2					Voix Veineuse Périphérique
Posiflow	1					Voix Veineuse Périphérique
Tegaderm	3					Voix Veineuse Périphérique
Seringue LUER 20 ml	2					Divers
Seringue LUER 10ml	2					Divers
Seringue LUER 1 ml	2					Divers
Aiguilles vertes 21G	4					Divers
Aiguilles roses 18G	4					Divers
Aiguilles oranges	4					Divers

+Prévoir une accès à l'oxygène en interne : Prises murales, bouteille ou concentrateur

TROUSSE DE REGULATION URGENCE/SAMU*

MÉDICAMENTS						
Solution injectable NaCl 500ml	1					Voix Veineuse Périphérique
Solution injectable G5% 500ml	1					Voix Veineuse Périphérique
Anapen 0,5mg/0,5ml	1					Urgence
Ampoule Rivotril 1mg/1ml	2					Urgence
Methylprednisolone 40mg/2ml	2					Urgence
Ampoule Midazolam 5mg/5ml	2					Urgence
Ipratropium 0,5mg/ 2ml	4					Cardio-respiratoire
Terbutaline 5mg/2ml	4					Cardio-respiratoire
Salbutamol sup. en flacon pour inhalation 100ug/dose	1					Cardio-respiratoire
Natispray	1					Cardio-respiratoire
Ampoule Furosemide 20mg/2ml	4					Cardio-respiratoire
Furosemide 40mg/cp	3					Cardio-respiratoire
Nicardipine 20mg/cp	2					Cardio-respiratoire
Ampoule de Scopolamine Butylbromure 20mg/ml (SCOBUREN)	2					Cardio-respiratoire
Patchs transdermique de Scopolamine (1mg/72h)	3					Cardio-respiratoire
AVK Vitamine K 2mg/0,2ml sol buv et inj - Optionnel	3					Cardio-respiratoire
Naco Apixaban 2,5mg cp (Eliquis) - Optionnel	2					Cardio-respiratoire
RACECADOTRIL 100mg/gélule (en alternative au Smecta)	2					Divers
PHLOROGLUCINOL 8mg/cp orodispersible	4					Divers
Amoxicilline 1g/sachet	6					Divers
Cetirizine 10mg/cp	4					Divers
Paracétamol 500mg/cp	4					Divers
Loxapine sol. buv. 25mg/ml en gouttes flc de 30ml	1					Divers
Alprozolam 0,25mg/cp	2					Divers
Biseptine flacon	1					Divers
+ Avoir de la Morphine disponible dans une armoire sécurisée en salle de soins						

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

FICHE D'IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT Verso

NOM ET VILLE DE L'EHPAD :

MATERIEL

OXYGENE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	SATUROMETRE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AEROSOLS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SERINGUE AUTO PROJETÉE (SAP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	MATERIEL D'ASPIRATION	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	TELEMEDECINE (Smartphone/Tablette...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
BLADDERSCAN	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	STUPEFIANTS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

TROUSSE DE REGULATION EHPAD_SAMU 56	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	LIEU DE STOCKAGE :
		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

➤ Partenariats/Conventions

Infirmier.e en Pratique Avancée (IPA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Equipe Mobile de Gériatrie Territoriale (EMGT)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Centre Médico-Psychologique (CMP)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Convention Infirmières Libérales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hospitalisation à domicile (HAD)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Equipe Mobile de Psychiatrie de la personne Agée (EMPPA)/ Equipe mobile de liaison Daumézon	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Equipe Mobile d'Hygiène (EMH)/Infirmier Hygiéniste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Astreinte IDE de nuit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				Si oui Nom Porteur et N° téléphone Astreinte IDE	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Date de mise à jour :

PRÉAMBULE

Ce formulaire de directives anticipées traduit le travail de long terme que la HAS conduit sur l'accompagnement des personnes en fin de vie, aussi bien par des recommandations de bonne pratique que par les priorités retenues pour la certification des établissements de santé.

Ce document est issu d'une réflexion partagée avec des professionnels de santé et des représentants de patients, puis d'un temps d'évaluation en établissement ou à domicile.

Si les directives anticipées imposent un certain formalisme, cela ne signifie pas pour autant, pour ce document, qu'elles doivent prendre la forme d'un questionnaire fermé, avec des cases à cocher. La rédaction des directives anticipées – et leur reformulation toujours possible – gagne à être nourrie d'un dialogue avec le médecin, et si la personne le souhaite ou l'accepte, avec la famille ou les proches. Des entretiens successifs sont l'occasion de donner des informations de plus en plus précises, notamment sur la maladie et son évolution, les traitements possibles et ce qui peut advenir en cas de non réponse ou d'effets secondaires. Ces échanges peuvent aussi permettre à la personne qui le souhaiterait l'expression de ses valeurs et de sa conception de l'existence.

Ce document distingue clairement les volontés de la personne concernant les actes et l'accompagnement qui auront lieu « de son vivant », et ses volontés concernant les événements qui auront lieu « après sa mort » – tels que, par exemple, les éventuels prélèvements d'organes, les obsèques, ou l'accompagnement, par les soignants, de la famille de la personne après le décès.

Modèle de formulaire de directives anticipées : mes volontés rédigées à l'avance, concernant les traitements et les actes médicaux

Vous pouvez écrire ce qui vous semble personnellement important et/ou vous aider des formulations proposées. Vous n'êtes, évidemment, nullement obligé(e) d'anticiper précisément toutes les situations qui vous sont proposées (quelques exemples sont proposés en annexe).

Demandez à votre médecin de vous expliquer ce qui pourrait vous arriver, les traitements possibles, leurs efficacités et leurs risques.

Si le document n'offre pas assez d'espace, vous pouvez joindre d'autres pages.

Vous pouvez accompagner votre document de la désignation de votre personne de confiance si vous ne l'avez pas déjà désignée.

Nom et prénoms :

Né(e) le : **à :**

Domicilié(e) à :

.....

Je fais l'objet d'une mesure de tutelle¹, je peux rédiger mes directives anticipées avec l'autorisation :

- du juge : oui non
- du conseil de famille : oui non

1. Au sens du Chapitre II du titre XI du livre I^{er} du Code civil.

Contexte

J'ai rédigé les présentes directives anticipées **pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer mes souhaits et ma volonté** sur ce qui est important à mes yeux, après un accident, du fait d'une maladie grave ou au moment de la fin de ma vie.

Je souhaite exprimer ici :

- mes convictions personnelles : ce qui est important pour moi, pour ma vie, ce qui a de la valeur pour moi (par exemple, convictions religieuses...) ;
- ce que je redoute plus que tout (souffrance, rejet, solitude, handicap...).

Je souhaite préciser ce qu'il me paraît important de faire connaître concernant ma situation actuelle (mon histoire médicale personnelle, mon état de santé actuel, ma situation familiale et sociale...) :

Je suis une personne ayant une maladie grave ou en fin de vie

Mes directives concernant les décisions médicales :

■ Je veux m'exprimer :

- à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple, état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches...) ;
- à propos des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

Voici les limites que je veux fixer pour les actes médicaux et les traitements, s'ils n'ont d'autre but que de prolonger ma vie artificiellement, sans récupération possible :

- concernant la mise en œuvre d'une réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire :

- concernant les traitements dont le seul effet est de prolonger ma vie dans les conditions que je ne souhaiterais pas (par exemple tube pour respirer, ou assistance respiratoire, dialyse chronique, interventions médicales ou chirurgicales...) :

- concernant une alimentation ou une hydratation par voies artificielles pouvant prolonger ma vie, par exemple en cas d'état végétatif chronique (simple maintien d'un fonctionnement autonome de la respiration et de la circulation) :

Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie) :

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes²...) sachant que **les soins de confort me seront toujours administrés** :

Fait à :

le :

Signature

Directives anticipées modifiées le :

2. Le prélèvement d'organes est présumé chez toute personne dont l'équipe médicale juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf), ou l'écrire sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche.

Je suis une personne n'ayant pas de maladie grave

Après un accident grave ou un évènement aigu (accident vasculaire cérébral, infarctus..), je peux me trouver dans une situation où l'on peut me maintenir artificiellement en vie. Ces procédés de suppléance des fonctions vitales peuvent être mis en œuvre de façon pertinente, mais leur maintien peut parfois apparaître déraisonnable.

Mes directives concernant les décisions médicales :

■ Je veux m'exprimer

- à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc... entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible) ;
- à propos des traitements qui n'ont d'autre but que de me maintenir artificiellement en vie, sans possibilité de récupération (par exemple, assistance respiratoire et/ou tube pour respirer, et/ou perfusion ou tuyau dans l'estomac pour s'alimenter...) ;
- à propos de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux :

J'ai d'autres souhaits (avant et/ou après ma mort) (par exemple, accompagnement de ma famille, lieu où je souhaite finir ma vie, don d'organes³...) sachant que **les soins de confort me seront toujours administrés** :

Fait à :

le :

Signature

Directives anticipées modifiées le :

3. Le prélèvement d'organes est présumé chez toute personne dont l'équipe médicale juge qu'il est possible, sauf si elle le refuse : dans ce cas, elle peut s'inscrire sur le Registre national des refus de dons d'organes à l'aide d'un formulaire (www.dondorganes.fr/medias/pdf/formulaire_registre_refusvf.pdf), ou l'écrire sur un document (daté et signé avec nom, prénom, date et lieu de naissance) confié à un proche.

Localisation de mes directives anticipées

Formulaire des directives anticipées

■ **Conservé sur moi ou chez moi :** oui non

- si oui, à l'adresse actuelle :
- à tel endroit :

■ **Remis à :**

- ma personne de confiance :
- autre(s) personne(s) (*cf tableau ci dessous*) :

NOM	Prénom	Qualité (médecin, famille, amis...)	Adresse	Téléphone

Nom et coordonnées de ma personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé : professionnel : portable :

E-mail :

→ Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

→ Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à : le :

Signature

Signature de la personne de confiance

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) vos directives anticipées

Quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées ci-dessous (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Témoin 1 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme

Fait à : le :

Signature

Témoin 2 : *Je soussigné(e)*

Nom et prénoms :

Qualité :

atteste que les directives anticipées décrites ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M ou Mme

Fait à : le :

Signature

MODIFICATION OU ANNULATION DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e)

Nom et prénoms

→ *Déclare modifier mes directives anticipées de ce formulaire comme suit :*

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

→ *Déclare annuler mes directives anticipées.*

→ *Déclare renoncer à mes directives anticipées et déléguer à ma personne de confiance l'expression de mes souhaits et volontés.*

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire seul(e) ce document, quelqu'un peut le faire pour vous devant deux personnes désignées décrites à la page précédente (dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée).

Fait à : le :

Signature



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Date de dernière mise à jour :

Résident

Nom d'usage, prénom

Nom de naissance Date de naissance :

Ehpad (nom, adresse, tél., fax, e-mail)

Contact 24 h/24 h en Ehpad

Tél. :

Référent de l'entourage

Nom, prénom :

Lien de parenté :

Tél. :

Médecin traitant (nom, tél., e-mail, adresse)

Protection juridique

Tutelle Curatelle Sauvegarde

Nom du mandataire judiciaire :

Tél. :

Établissement de santé de préférence⁽¹⁾ (nom, tél., adresse)

Pathologies en cours/antécédents personnels/allergies

Soins palliatifs

- En soins palliatifs⁽²⁾
 Directives anticipées
 Personne de confiance

Nom, tél. :

Lien de parenté :

État psychique

- Peut alerter Orienté Désorienté
 Agité Opposant Risque suicidaire

Handicaps / Déficits

- Visuel Auditif Langage

Gestion des risques

BMR⁽³⁾

Mois/année

- Vaccin tétanos
 Vaccin grippe
 Vaccin pneumocoque.....

Déplacement/transferts :

- Chute Déambulation Fugue Contention

Autres :

- Risque d'escarre
 Risque de fausses routes

1) Établissement de soins de préférence : pour le patient ou sa famille en cas d'hospitalisation non programmée

2) « En soins palliatifs » : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical

3) BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

Commentaires

CHECK-LIST des documents annexés au DLU

- Attestation de la carte Vitale
 - Attestation de mutuelle
 - Photocopie de la carte d'identité
 - Grille AGGIR (la plus récente)
- Photocopie des directives anticipées
 - Photocopies des ordonnances en cours
 - Tableau d'administration des médicaments
 - Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
 - Compte rendu de la dernière hospitalisation
- (Au besoin)*
- Fiche BMR (bactérie multirésistante)
 - Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
 - Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable
 - Carte de groupe sanguin (si à jour)
- Liste des capacités en soins⁽⁴⁾ de l'Ehpad

4) Capacité en soins de l'Ehpad : ressources médicales et soignantes, injections et perfusion IV, nutrition entérale, oxygénothérapie, soins palliatifs, autres soins techniques, PUI, protocoles de soins, etc.

DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Motif de transfert en service des urgences

Constantes du patient

Pouls

Tension artérielle (max/min)

Température

Poids récent

.....

.....

.....

.....

 Conscient et éveillé Éveillable Non éveillable Douleur récente

Localisation.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel

Date et heure du dernier repas

Personnes informées du transfert au service des urgences

 « le 15 » SU Médecin traitant Entourage

Nom :

Commentaires

Liste des prothèses et objets personnels

Lunettes

Prothèses dentaires

 haut bas

Prothèses auditives

 droite gauche

Autres dispositifs ou objets personnels

.....

Aller (Ehpad)

Retour (SU)

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital :

Service :

Tél./Fax :

E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom :

Fonction :

Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

Ehpad

Entourage

Nom :

Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

Ordonnances de sortie

Copie du dossier des urgences

Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés
(lieu, date et heure)

Date de la 1^{ère} 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 :

Nom Prénom du patient :

Date de naissance :

Date de mise à jour :

Merci de veiller à une rédaction la plus synthétique possible

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 :