Il est indispensable de faire précéder la rédaction de cette fiche par un temps de coordination ou de concertation avec le patient, ses référents et l’ensemble de l’équipe soignante.

Fiche SAMU PALLIA BRETAGNE

Pour les personnes en situation palliative et palliative terminale. *Version 2 : 2016-04*

 Merci de veiller à une rédaction informatisée et la plus synthétique possible. Cette fiche n'est pas une prescription.

|  |
| --- |
| Date de la 1ère fiche de signalement : Date de la mise à jour (le cas échéant) : Statut du rédacteur : médecin coordinateur, référent SPRédacteur \*(Nom-prénom) : Dr PITON-GERMES Gaëtan Téléphone : 02.98.28.23.53Accord de la personne concernée pour la transmission des informations : 🞎 Oui 🞎 Non 🞎 ImpossibleDMP patient créé : 🞎 Oui 🞎 Non 🞎 Ne sait pas Pièces jointes consultables sur le DMP : 🞎 Oui 🞎 Non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE :** | Sexe : 🞎 Masculin 🞎 Féminin  |  |
| **Nom :**  | **Prénoms :**  |  |
| Nom de jeune fille :  | **Né(e) le :**  |  |
| Adresse :  |  |  |
| **Téléphone 1 :** | **Téléphone 2 :** |  |
| Personne de confiance :**Nom-Prénom:** **Téléphone 1 :**  | **Lien :** **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 communiquéServices d’hospitalisation possible de repli : **INFORMATIONS MEDICALES :****Pathologie principale :** **Antécédents significatifs** :**Histoire de la maladie :** |

**Page 2**

Fiche SAMU PALLIA BRETAGNE

Pour les personnes en situation palliative et palliative terminale Version 2 : 2016-04

**Nom Prénom du patient :**

**Date de naissance :**

 **Merci de veiller à une rédaction la plus synthétique possible** Date de mise à jour : 19/04/2024

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Points de vigilance** :Objectif prioritaire curatif : 🞎 Oui 🞎 Non 🞎 NAObjectif prioritaire soins de confort : 🞎 Oui 🞎 Non 🞎 NASoins 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) :

| **Prescription** | **Forme galénique** | **Voie d'admin** | **Matin** | **Midi** | **Soir** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **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 : |  |  |