

# Plan de prise en charge palliative

*Liste des problèmes de santé avec plan de mesures (en concertation avec le médecin)*

<b>Madame</b> <input type="checkbox"/>	<b>Date de naissance:</b>
<b>Monsieur</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Nom:</b>	
<b>Prénom:</b>	
<b>Rue:</b>	
<b>NPA:</b>	
<b>Lieu:</b>	
<b>Nouveau n° AVS:</b>	
<b>Caisse maladie:</b>	
<b>Classe d'assurance:</b>	
<b>Tél. privé:</b>	
<b>Tél. mobile:</b>	
<b>E-mail:</b>	
<b>Directives anticipées du patient existantes:</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remises pour rédaction <input type="checkbox"/>
	Remarques:

<b>Médecin hospitalier en charge:</b>
<b>Médecin de famille (MF):</b>
<b>Adresse MF:</b>
<b>Tél. mobile MF:</b>
<b>E-mail MF:</b>
<b>Suppléant MF</b> selon arrangements pris:
<b>A informer</b> la nuit en cas de décès (nom):

<b>Adresses importantes avec tél. et e-mail</b>
Personnes de référence:

Représentant thérapeutique:

Service d'aide et de soins à domicile:

Assistance spirituelle:

Bénévole / garde de nuit:

Autre:

**Hospitalisation:**

Si hospitalisation, où?:

**Médecin hospitalier responsable:**

**Objectifs, souhaits, espoirs du patient:** (à prioriser éventuellement)

**Diagnostics principaux:**

**Allergies/intolérances:**

**Plan de mesures dans les cas suivants:**

**Anxiété, dépression, souffrances morales**

**Dyspnée, toux, encombrement bronchique**

**Nutrition / conseil nutritionnel / hydratation** (soif, sécheresse des muqueuses)

**(PEG, sonde gastrique, nutrition parentérale)**

**Lésions cutanées: prurit, plaies, escarre**

**Fatigue / faiblesse**

**Douleur**

**Troubles du sommeil**

**Agitation, état confusionnel, perte de conscience**

**Troubles digestifs (constipation, nausées, vomissements, diarrhée, etc.)**

**Autres** (p.ex. ascite, crise d'épilepsie, œdème, fièvre, etc.)

**La médication actuelle a été contrôlée, les médicaments non indispensables ont été supprimés.** Oui  Non

**Remarques générales**

**Nécessite:**

**Dans les conditions suivantes:**

**Antibiotiques** Non  Oui   
  
**Transfusion sanguine** Non  Oui   
  
**Prise de sang** Non  Oui   
  
**Chimiothérapie** Non  Oui   
  
**Respiration artificielle** Non  Oui   
  
**Perfusion (liquides)** Non  Oui   
  
**Réanimation/soins intensifs** Non  Oui

<b>Saisi par:</b> Partie à remplir par le médecin:  ..... Signature  Partie à remplir par le personnel infirmier:  ..... Signature	<b>le:</b>	<b>Vu avec le patient:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  ..... <b>Signature patient/ personne de référence</b>	<b>Vu avec les proches:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Modifié par:</b>  ..... Signature	<b>le:</b>	<b>Vu avec le patient:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  .....	<b>Vu avec les proches:</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

		<b>Signature patient/ personne de référence</b>	
--	--	---	--