

Fiche de Transmissions Médicales
Pour des personnes en situation d'urgence en EHPAD- USLD

Nom de l'établissement :
Adresse de l'établissement
N° de téléphone :

1

Médecin traitant : Téléphone :

Médecin coordonnateur : Téléphone :

NOM : **PRENOM :** **Date de naissance :** **Âge :**

GIR :

Pouls : **Tension Artérielle :** **Température :** **Saturation :** **Dextro :**

***Pathologie principale :**

***Comorbidités :**

-
-
-
-
-

***Connaissance du diagnostic :** Personne oui non partielle
Entourage oui non partielle

***Evaluation gériatrique :**

- Troubles cognitifs : légers Modérés Sévères MMS : /30
- Troubles psycho-comportementaux avec opposition aux soins : Oui Non
- Etat nutritionnel : Normal Dénutrition majeure Obésité morbide
Troubles de déglutition
- Locomotion : Déplacements : Autonome Avec aide Dépendance totale
Transferts : Autonome Avec aide Lève-Malade
Chutes : oui non

DECISIONS / SOUHAITS

***Souhaits exprimés** (traitements, sédation, hospitalisation, décès à domicile...)

➤ par la personne

➤ par son entourage

***Directives anticipées** (rédigées par le patient):

oui non ne sait pas

Où se trouvent-elles?

***Projet thérapeutique** (orientation) :

➤ maintien en EHPAD : oui non non abordé

➤ réanimation : oui non non abordé

➤ soins de confort : oui non non abordé

***Décision collégiale de limitation de certaines thérapeutiques** :

oui non non abordé

si oui, lesquelles?

***Prescriptions anticipées personnalisées** pour symptômes pouvant survenir (dyspnée aiguë, douleur, hémorragie, angoisse...) **Lesquelles?**

➤

➤

➤

***Personne à prévenir** (personne ressource principale) :

Nom :

Téléphone :

***Personne de confiance désignée** :

oui non non désignable

Nom :

Téléphone :