

**FICHE DE TRANSMISSIONS MEDICALES**  
pour des personnes en situation palliative à domicile ou en EHP  
(phase d'aggravation – phase terminale )  
SAMU URGENCES PALLIA 53

Date de la 1ère rédaction :  Date de mise à jour :

Rédacteur Nom:  Statut :

Accord de la personne pour transmettre les informations:  OUI  NON

-----  
Nom de la personne:  Prénom:  Date de naissance:

Adresse:  Téléphone:

-----  
Personne à prévenir:  Tél :

Personne de confiance désignée :

Nom:  Tél :

HAD:  OUI  NON Suivi par EMSP :  OUI  NON

Médecin traitant:  Médecin correspondant hospitalier:

Service d'hospitalisation possible (où la personne est déjà connue) :

Lit de repli possible (établissement, service) :

Pathologie principale :

Diagnostiques associés à prendre en compte :


Connaissance du diagnostic: Personne:  OUI  NON  partielle Entourage:  OUI  NON  partielle

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

-par la personne:

-par son entourage:

Directives anticipées:  OUI  NON  ne sait pas rédigées par le patient:  OUI  NON

où se trouvent-elles ? :

Stade de la maladie :

--

Projet thérapeutique (orientation) :

--

Décision collégiale de limitation de certaines thérapeutiques :  OUI  NON

si oui, lesquelles:

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