

DOSSIER SOINS PATIENT

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
TÉLÉPHONE :

Début prise en soins :
Année :

En cas de rendez-vous médicaux ou hospitalisation cette pochette doit suivre et être rendu au patient

Contenu de la pochette :

- Ordonnances
- Antécédents médicaux
- Feuille de transmission
- Directives anticipées
- Dernier bilan biologique

ALLERGIES

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

Nom : Nom de naissance : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de sécurité social : Mutuelle :

Personne de confiance n°1 : Téléphone : Lien avec la personne :

Personne de confiance n°2 : Téléphone : Lien avec la personne :

Personne vit seule : oui non Personne à charge : oui non

Intervenants	Nom/ prénom	Mail /téléphone
Médecin		
Cabinet infirmiers		
Pharmacie		
Kinésithérapeute		

Vaccins	Date
Grippe	
Covid-19	
Zona	
DTP	
Coqueluche	
Hépatite	

Précisions complémentaires :

DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. uu

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) :
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale :
- Une intervention chirurgicale :
- Autre :

Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) :
- Dialyse rénale :
- Alimentation et hydratation artificielles :
- Autre :

Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur. En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

Fait le à Signature

TRANSMISSIONS PLURIDISCIPLINAIRES

DATES	PROBLÉMATIQUE /ACTIONS RÉALISÉES	PROFESSIONNELS INTERVENANTS

TRANSMISSIONS PLURIDISCIPLINAIRES

DATES	ACTIONS	PROFESSIONNELS INTERVENANTS

TRANSMISSIONS PLURIDISCIPLINAIRES

DATES	ACTIONS	PROFESSIONNELS INTERVENANTS

TRANSMISSIONS PLURIDISCIPLINAIRES

DATES	ACTIONS	PROFESSIONNELS INTERVENANTS

TRANSMISSIONS PLURIDISCIPLINAIRES

DATES	ACTIONS	PROFESSIONNELS INTERVENANTS