

Date de la 1^{ère} fiche de signalement : _____ Statut du rédacteur : _____
 Date de la mise à jour (le cas échéant) : _____
 Rédacteur *(Nom-prénom) : _____ Téléphone : _____
 Accord de la personne concernée pour la transmission des informations: Oui Non Impossible
 DMP patient créé Oui Non Ne sait pas Pièces jointes consultables sur le DMP Oui Non

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE : Sexe : Masculin Féminin

Nom : _____ Prénom(s) : _____
 Nom de jeune fille : _____ Né(e) le : _____
 Adresse : _____
 Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____

Personne de confiance :

Nom-Prénom: _____ Lien : _____
 Téléphone 1 : _____ 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 quand 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 communiqué
 Services d'hospitalisation possible de repli :

Date de mise à jour :

INFORMATIONS MEDICALES :

Pathologie principale : :zxx<x<xc ici

Antécédents significatifs, allergies connues, **histoire de la maladie, symptomes prédominants**, objectifs thérapeutiques:

| | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|----|
| Objectif prioritaire curatif | OUI | NON | NA |
| Objectif prioritaire soins de confort | OUI | NON | NA |
| Soins 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 :

Complications possibles / Protocoles anticipés : (préciser si produits disponibles à domicile = **D**)

EQUIPE SOIGNANTE HABITUELLE : (Nom-Prénom / Structure le cas échéant) Disponible pour appel Jour / Nuit
cocher si accord

MEDECIN TRAITANT :

Localité : Téléphone :

CABINET INFIRMIER :

Localité : Téléphone :

MEDECIN SPECIALISTE :

Localité : Téléphone :

MEDECIN DE SOINS PALLIATIFS :

Localité : Téléphone :

MEDECIN HAD :

Localité : Téléphone :