

Echelle thérapeutique par niveaux d'intervention croissante

Nom du Patient

.....

Date de rédaction de la fiche :

.....

Soins de phase terminale : **TOUJOURS**

Ceux-ci comportent :

- *soins associés à l'hygiène corporelle*
- *positionnement corporel confortable*
- *soins buccaux*
- *contrôle de la douleur et de l'inconfort*
- *support émotionnel,*

Soins palliatifs : OUI / NON

Ceux-ci comportent :

- *maintien ou restauration de l'intégrité cutanée (pansements, topiques, thérapies physique)*
- *soins de mécanique corporelle (aide à la mobilisation, position, transfert, exercice)*
- *contrôle de l'élimination (laxatif, lavements, sondes)*
- *hydratation et nutrition (naturelles, perfusions sous-cutanées, ...)*
- *Contrôle des symptômes spécifiques (dysphagie, nausées, vomissements, fièvre, ...)*
- *Contrôle de la douleur*
- *Support émotionnel (au patient et à sa famille)*

Soins ordinaires : OUI / NON

Ceux-ci comportent :

- *mesures diagnostiques usuelles disponibles facilement et peu envahissantes pour résoudre la plainte aiguë*
 - *sans hospitalisation*
 - *avec hospitalisation si nécessaire.*
- *Mesures thérapeutiques médicales usuelles (médications, antibiothérapies, solutés, gavages temporaires)*
- *meures thérapeutiques chirurgicales usuelles (lors de pathologies intercurrentes risquant de limiter encore davantage une capacité restreinte)*

Soins maximaux : OUI / NON

Ceux-ci comportent :

- *toutes mesures diagnostiques et thérapeutiques conformes au standard optimum, incluant les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire et l'admission aux soins intensifs ou dans un établissement spécialisé.*

Ces propositions thérapeutiques peuvent être révisées. Le médecin appelé au chevet du patient peut, s'il le juge nécessaire, déroger à ces recommandations.

Nom du médecin traitant

Signature :

Le cas échéant, nom du spécialiste référent dans la pathologie

Signature :

Nom de l'infirmier(e) responsable

Signature.....

Nom du mandataire santé

Signature.....

Avis demandé et information transmise :

- au patient : OUI - NON Par qui ?

- à la famille : OUI - NON Par qui ?

si oui , lien de parenté avec le patient :

Contact pris avec le Médecin Coordinateur : OUI - NON

Motivation pour laquelle l'information n'a pas été transmise :

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

Autre information utile :

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