

Date de la 1^{ère} fiche de signalement : _____
 Date de la mise à jour (le cas échéant) : _____ Statut du rédacteur : _____
 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 : _____ **Prénoms :** _____
 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 quant 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 :

INFORMATIONS MEDICALES :
Pathologie principale :

Antécédents significatifs :

Histoire de la maladie :

Nom Prénom du patient :

Date de naissance :

Date de mise à jour : 23/12/2024

Merci de veiller à une rédaction la plus synthétique possible

Points de vigilance :

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 (joindre éventuellement la dernière ordonnance) :

Prescription	Forme galénique	Voie d'admin	Matin	Midi	Soir

EQUIPE SOIGNANTE HABITUELLE : (Nom-Prénom / Structure le cas échéant)

Disponible pour appel
 Jour Nuit

MEDECIN TRAITANT :

Localité :

Téléphone :

CABINET INFIRMIER :

Localité :

Téléphone :

MEDECIN SPECIALISTE :

Localité :

Téléphone :