

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 : _____

