

Grille d'aide à la décision éthique

Date : .../.../.....MMSE : .../.....

PATIENT	MEDECIN TRAITANT	PERSONNE DE CONTACT
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date Naissance : .../.../.....	N° Tél. :	N° Tél. :
N° Tél. :	N° GSM : Si absent :	N° GSM : Prévenir : O Jour O Nuit Carte d'identité :
SOINS INFIRMIERS		
Noms :		

Prise de décision : Grille complétée lors d'une réunion d'équipe : OUI NON

Le diagnostic :
(Diagnostic connu : OUI / NON)

- ❖ **Le Traitement choisi** est celui d'une phase :
 - Curative : / /
 - Intermédiaire : / /
 - Palliative : / /
 - Terminale:..... / /

- ❖ **Opinion pré-exprimée du résident :**
- ❖ **En cas de fin de vie, le résident souhaite**

Réaliser	RESIDANT		Méd. Traitant		Famille		Equipe S. INF.	
En cas d'arrêt cardiorespiratoire, il faut entreprendre une réanimation cardiorespiratoire y compris défibrillation et ventilation artificielle	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Signatures								

	RESIDANT		Méd.Traitant		Famille		Equipe S. INF.	
Antibiotiques	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Vasopresseurs-Inotropes	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Oxygène	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Aspiration Trachéale	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Alimentation par sonde								
- naso-gastrique	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
- gastrostomie	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Hydratation sous-cutanée	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Transfert vers Hôpital aigu	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Transfert vers service SP à l'hôpital	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Autre	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Signatures								

Quels que soient les choix, les soins de confort sont administrés.

Restreindre le traitement	Date	Type de restriction	Médecin

Quels que soient les choix, les soins de confort sont administrés.

Annulez immédiatement les consignes mentionnées ci-dessus	A la demande de	Signature
DATE		
DATE		

Procédures spécifiques	A la demande de	Signature
DATE		
DATE		
DATE		

Le résident est demandeur d'euthanasie

- Personne de confiance	
- Volet 1 :	
- Volet 2	
- Médecin1 :	
- Médecin 2 :	

Autres renseignements :

Pompes Funèbres :
N°
Tél.....
.....

PACE-MAKER : OUI / NON

Particularités liées à la religion :
.....
.....

Sacrements/rites:
 à recevoir reçus le..././.....
.....
.....

Carte d'identité détenue
par.....

Avis de décès à disposition dans l'unité : OUI / NON

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

INCINERATION : OUI / NON

Autre:.....
.....
.....

Plateforme SP :
Pharmacie :

