

Projet thérapeutique de Nom : Prénom : DN : / / Age : ans Etage : Chambre N° :
Score de fragilité clinique(CFS) AVANT LA MALADIE ACTUELLE : points

1-3: Actif, autonome pour les activités journalières, statut médical stable  4-5: autonome mais fatigué, lent, ne sort plus : 

6: Aide partielle pour habillage et toilette :  7: dépendant pour habillage/toilette/transfert/repas mais stable cliniquement : 

8-9: déclin fonctionnel notable, grabataire, fin de vie proche (< 6 mois) :  

Comorbidités : MMSE : /30 Obésité Diabète Insuffisance cardiaque NYHA III à IV Vasculaire Insuffisance Respiratoire Cancer
Insuffisance rénale chronique Hémodialyse Dénutrition (MNA < 7) Immunosuppression Cirrhose Child B

Personne de Contact : Nom : Prénom : N° GSM : Informée : oui non

Mandataire désigné : oui non Nom : Prénom : N° GSM :

Le dispensateur de soins n'est pas tenu de chercher si le patient a désigné un mandataire. Le médecin ne peut déroger à la décision du mandataire désigné qui constituerait une menace pour la vie du patient ou une atteinte grave à sa santé, lorsque celui-ci peut invoquer la volonté expresse du patient. Si le patient n'a désigné aucun représentant, appliquer la réglementation « en cascade » : époux, enfant, parent, frère, sœur, médecin et équipe soignante. L'arrêt ou la non mise en œuvre d'un traitement est déontologiquement indiqué s'il est scientifiquement établi qu'il n'y a plus d'espoir d'une amélioration raisonnable et que des traitements prolongeant la vie n'augmentent pas le confort du patient et ne lui procurent plus que gêne et souffrance.

Médecin Traitant: Nom : Prénom : N° GSM :

Médecin assurant les Soins: Nom : Prénom : N° GSM : MT Informé : oui non

Les limitations au libre choix ne peuvent avoir d'effet sur le respect du droit à l'autonomie du patient et le droit à consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Les patients et leurs proches doivent être informés de la limitation du libre choix, en ce compris les raisons qui la motivent, et des mesures prises pour garantir l'accès et la continuité des soins. Patient informé oui non Famille informée oui non

Projet Thérapeutique: oui non Date projet thérapeutique: Hospitalisation souhaitée oui non Réanimation souhaitée oui non

Date premiers symptômes Covid19: Symptômes : Date de fin des symptômes :

Test PCR positif : oui non Test immunologique : oui non Scanner thoracique : oui non Retour hospitalisation oui non

Médicament anti-covid19 ? oui non Lequel ? :

Oxygénothérapie si < 94% sat. objectif 92 à 94% Si besoins > 5 litres O₂/minute Considérer hospitalisation si c'est le projet thérapeutique.

 Dégradation rapide possible entre le 7^{ème} et 12^{ème} jours !

Pompes Funèbres : Nom : Téléphone :

Le Score NEWS : score d'alerte clinique précoce pour évaluer un patient.

PROTOCOLE DE DÉTRESSE En cas de dyspnée asphyxiante et de décès imminent

Description	Date	Dosage
<p>L'objectif est de parvenir à une <u>sédation la plus rapide possible</u>. L'application du protocole de détresse nécessite la <u>présence d'une ou de plusieurs manifestations cliniques (critère 1), associée à un état de panique (critère 2) ou à de l'agitation (critère 3)</u>¹</p> <p>CRITÈRE 1 : Signes suggestifs d'une détresse respiratoire majeure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gêne respiratoire intolérable et constante au repos - Tachypnée (> 28 respirations/minute) - Attention obnubilée par le besoin d'air - Utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage intercostal et sus claviculaire) - Cyanose - Grognement en fin d'expiration - Battements des ailes du nez - Encombrement bronchique sévère <p>CRITÈRE 2 : Associé à état de panique (anxiété intense, regard effrayé) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yeux écarquillés - Muscles du visage contracturés - Froncement de sourcils - Bouche ouverte - Dents serrées <p>CRITÈRE 3 : <u>OU</u> associé à une agitation quasi constante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune position confortable - Mouvements fréquents non intentionnels - Agité, combatif 	<p>Par voie sous-cutanée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morphine 5-10 mg sc • Midazolam 5 mg sc (10mg si >70 kg) • Scopolamine 0,5mg sc <p>Dosage à adapter si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • non naïf aux opioïdes : <ul style="list-style-type: none"> ○ si prise régulière morphine comprise entre 15 et < 50 mg sc par 24h ☐ 10-15 mg sc. ○ si prise régulière > 50 mg sc par 24h ☐ 25% de la dose journalière sc. • non naïf aux benzodiazépines : <ul style="list-style-type: none"> ○ si BZD 2x/jour ☐ midazolam 10 mg sc. ○ si BZD 3x ou plus/jour ☐ midazolam 15mg sc. <p>Renouveler l'administration du protocole si absence d'amélioration dans les 15-20 minutes, éventuellement en doublant les doses.</p> <p>Durée d'action : environ 4h. Soit décès du fait de l'état terminal, soit réveil à son terme et réévaluation de la situation.</p> <p>En fonction de l'état du patient et du projet thérapeutique, relais éventuel par un protocole de confort ou de sédation.</p>	<p>Morphine SC : mg</p> <p>Ampoules 10 ou 20 mg dans 1ml.</p> <p>Midazolam SC : mg</p> <p>Ampoules de 15mg dans 3ml.</p> <p>Scopolamine SC : mg</p> <p>Ampoules de 0,5mg dans 1ml.</p> <p>Les trois produits peuvent se mélanger dans la même seringue.</p>

PROTOCOLE DE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE MAINTENUE JUSQU'AU DÉCÈS

Dates

<p>Administration continue de médicaments sédatifs, visant à diminuer le niveau de conscience d'un patient en fin de vie. L'objectif étant de contrôler un symptôme réfractaire et jugé insupportable par le patient. 3 conditions doivent être présentes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Symptôme réfractaire à tout autre traitement. 2. Décès imminent (heures, jours, maximum une semaine). 3. Consentement du patient (présent ou anticipé) ou de son représentant légal ou, à défaut, consultation collégiale dans le meilleur intérêt du patient 	<p><u>La voie d'administration</u> préférée en MRS est la voie SC continue. Les médicaments sont administrés par cette voie sur 24h :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une administration via un pousse-seringue est préférée (procuré par les équipes d'accompagnement de 2^{ème} ligne). - Une administration sc via un baxter de 250 ml avec un régulateur de débit (Dialaflo[®]) est également possible (Recommandations de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) : http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19) <p><u>Le sédatif de référence</u> est le midazolam. D'autres médicaments sont rajoutés si présence d'autres symptômes (morphine pour la douleur et la dyspnée, scopolamine pour l'encombrement, antiémétiques, etc.).</p> <p>Dans une situation de fin de vie, <u>l'oxygène et l'hydratation</u> sont en général interrompus, une <u>sonde vésicale</u> est mise en place, une fois la sédation obtenue.</p> <p><u>Exemple de protocole de sédation à administrer en sc continu par 24h dans un contexte de détresse respiratoire secondaire au Covid-19 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Midazolam 60 mg/24h ou Votre choix : mg/24h - Morphine 30 mg/24h. Si le patient est sous opioïde, augmenter la posologie de 50 % ou Votre choix : mg/24h - Scopolamine 1.5 mg/24h Votre choix : mg/24h <p>Réévaluer le niveau de conscience et de soulagement. En cas de résultat insuffisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le débit horaire de 50 à 100 % (max toutes les 60 min). - Entre doses : <ul style="list-style-type: none"> o Morphine 10 % dose journalière en cas de dyspnée ou de douleur. o Midazolam 5 mg en cas de sédation insuffisante. <p>Scopolamine 0.5 mg en cas d'encombrement.</p>			
--	--	--	--	--