

Cette fiche est à transmettre au Centre 15 par mail

En cas d'événement intercurrent (hospitalisation/décès du patient etc.), **l'équipe ayant en soins le patient est chargée de prévenir impérativement le Centre 15** par mail

**Etablie le :** par le Dr

**Modifiée le :** par le Dr

**Réalisée pour :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Né(e) le :**

### **Parcours de soins :**

Pathologie en cours :

Connaissance du diagnostic par le patient :  OUI  NON

Traitement de sortie / Lutte contre la douleur :

Préconisations et/ou précautions thérapeutiques:

### **Recommandations :**

Décès souhaité à domicile :  OUI  NON  Ne sait pas

Décision médicale de limitation des thérapeutiques actives \* :  OUI  NON

\* *Décision collégiale tenant compte des directives anticipées du patient et dont le patient et ses proches sont informés*

### **Coordonnées :**

**Adresse du domicile :**

Téléphone :

**Personne de confiance :**

Téléphone :

Lien de parenté avec le patient :

**Personne à prévenir :**

Téléphone :

Lien de parenté avec le patient :

### **Equipe de prise en charge :**

**Médecin traitant :**

Téléphone :

**Médecin référent en établissement :**

Etablissement de soins :

Service :

**Patient connu/suivi par une Equipe Mobile Soins Palliatifs (EMSP) :**  OUI  NON

Si oui coordonnées de l'EMSP :

**Coordonnées des professionnels du domicile (HAD, SPAD, SSIAD, IDE Libérale...) :**