

## Article l'écho du stéthro

### Du Bon Usage de la Fiche URGENCE PALLIA



#### La fiche URGENCE PALLIA,

##### C'est quoi ?

Une fiche à compléter par un médecin s'occupant/ en charge d'un patient en situation palliative : le médecin traitant, le médecin coordonnateur d'EMSP, d'HAD, d'EHPAD, de DAC, le médecin hospitalier.

Elle résume la situation médicale du patient, le projet de soins et les souhaits du patient

##### Pour qui ?

Les professionnels amenés à intervenir en Urgence auprès de ce patient, notamment pendant les nuits et les weekends (régulateurs SAMU ou PDS, médecin de garde, service d'accueil des urgences).

##### Pourquoi ?

Transmissions d'informations utiles au médecin et aide à la prise de décision en contribuant à garantir le respect de l'autonomie et la volonté des patients.

Elle précise les molécules disponibles au domicile du patient.

##### Où est-elle classée ?

Un exemplaire est conservé dans le dossier médical du patient (chez le médecin traitant, dans le dossier hospitalier ou d'EHPAD...).

Cette fiche peut selon les cas rester au domicile du patient, sous enveloppe à destination du médecin qui serait amené à intervenir en urgence.

Elle peut être envoyée au secrétariat du SAMU à l'adresse suivante : [samu.lehavre@ch-havre.fr](mailto:samu.lehavre@ch-havre.fr)

#### Que se passe-t-il au SAMU ?

Lors de l'appel initial (15/116117), nous identifions le patient avec le numéro de téléphone inscrit sur la fiche palliative (Patient ou autre intervenant).

L'identité ou le numéro de téléphone nous permet le rapprochement sur le dossier de régulation de l'ensemble des informations recueilli afin d'aider pour la régulation médicale.

Suite à la régulation médicale et en fonction de la décision du patient nous orientons au mieux la décision ainsi que la destination.

La dernière phrase indique qu'un retour régulier des équipes pluridisciplinaire (IDE / DAC etc) sur l'état du patient en cas de modifications est important afin d'avoir une démarche de soins ou régulation au plus proche de l'état du patient et des souhaits en cas d'évolution.

Exemple : un retour sur un patient vendredi midi a permis de faire venir une équipe médicale sur place l'après-midi afin d'apporter un soutien à l'IDE en difficulté sur une prise en charge pour finir par un patient qui reste à domicile pour une fin de vie comme souhaité plutôt qu'un passage sur un service d'urgence (qui aurait été extrêmement néfaste à la vue de la clinique du patient).

**Exemples de Prescriptions anticipées pour les situations palliatives terminales, à adapter en fonction du contexte et du patient :**

Pour les douleurs et/ou la polypnée, la MORPHINE reste le médicament de référence :

- Bolus de morphine par voie SC 5 mg possible toutes les 2 heures
- Si possibilité de mise en place d'une pompe PCA, avec l'aide de l'HAD et/ou prestataire qui permettra l'autonomie du patients ou de ses proches par l'administration des bolus :
  - PCA de CHLORHYDRATE DE MORPHINE 15 mg/24h par voie Sous-cutanée avec bolus de 3 mg possible toutes les 2 heures

Pour les angoisses, le DIAZEPAM ou le MIDAZOLAM

- DIAZEPAM par voie sous cutanée 5 mg possible toutes les 6 heures
- MIDAZOLAM disponible en pharmacie de ville : 1 mg par voie SC possible toutes les 2 heures
- Si possibilité de mise en place d'une PCA, avec l'aide de l'HAD et/ou prestataire :
  - PCA de MIDAZOLAM 12 mg/24h par voie sous cutanée avec bolus de 1mg possible toutes les 2heures si angoisse

Pour l'encombrement,

- SCOPOLAMINE, ½ ampoule par voie sous cutanée possible toutes les 6heures

Si Besoin, **astreinte médicale de médecine palliative, 24 /24 : 06.37.27.39.14**

# Fiche URGENCE PALLIA



Concernant une personne en situation palliative  ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.

**RÉDACTEUR Nom :**  **Statut du rédacteur :**   
**Téléphone :**  **ou tampon :**   
**Fiche rédigée le :**

**PATIENT**  M.  Mme **NOM :**  **Prénom :**   
**Rue :**  **Né(e) le :**     
**CP :**  **Ville :**  **Téléphone :**   
**N° SS :**  **Accord du patient pour la transmission des informations :**  Oui  Non  Impossible

**Médecin traitant :**  **Joignable la nuit**  Oui  Non  NA<sup>1</sup> **Tél :**   
**Médecin hospitalier référent :**  **Tél :**   
**Service hospitalier référent :**  **Tél :**   
**Lit de repli possible<sup>2</sup> :**  **Tél :**   
**Suivi par HAD :**  Oui  Non  NA  **Tél :**   
**Suivi par EMSP :**  Oui  Non  NA  **Tél :**   
**Suivi par réseau :**  Oui  Non  NA  **Tél :**   
**Autres intervenants à domicile :**   
(SSIAD, IDE libérale...)  
avec leur(s) numéro(s) de téléphone

**Pathologie principale et diagnostics associés :**

**Le patient** connaît-il son diagnostic ?  Oui  Non  En partie  NA **Son pronostic ?**  Oui  Non  En partie  NA  
**L'entourage** connaît-il le diagnostic ?  Oui  Non  En partie  NA **Le pronostic ?**  Oui  Non  En partie  NA  
**Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques :**  Oui  Non  En partie  NA

**Projet thérapeutique :**

**Symptômes et risques possibles :**  Douleur  Dyspnée  Vomissement  
 Encombrement  Anxiété majeure  
 Agitation  Convulsions  Occlusion  
 Autres (à préciser dans cette zone →)

**Produits disponibles au domicile :**

**Prescriptions anticipées :**  Oui  Non  NA

**DÉMARCHE PRÉVUE**  Avec accord patient le     Projet d'équipe si accord patient impossible

**Hospitalisation :**  Souhaitée si aggravation  Envisageable  Refusée autant que possible  NA

**Soins de confort exclusifs :**  Oui  Non  NA **Décès à domicile :**  Oui  Non  NA

**Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire :**  Oui  Non  NA **Massage cardiaque :**  Oui  Non  NA

**Ventilation non invasive :**  Oui  Non  NA **Intubation :**  Oui  Non  NA

**Usage d'amines vaso-actives :**  Oui  Non  NA **Trachéotomie :**  Oui  Non  NA

**Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé :**  Oui  Non  NA **Remplissage :**  Oui  Non  NA

**Directives anticipées**  Oui  Non  NA **Rédigées le**     Copie dans le DMP

**Personne de confiance**  **Lien :**  **Tél :**

**Où trouver ces documents ?**

**Autre personne à prévenir**  **Lien :**  **Tél :**

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné