

FICHE D'AIDE A LA PRISE DE DECISION DE LIMITATIONS DE SOINS AUX PERSONNES RESIDENTS D'EHPAD, EN PREVISION D'UNE CONTAMINATION COVID-19

Ne définit pas une situation palliative ou non du patient, ne sert que durant la durée de l'épidémie au COVID-19.
A pour but d'aider le Samu, les réanimateurs à définir le niveau de soins en cas de décompensation au vu du contexte épidémiologique.

► REDACTEUR(S)

Nom(s) :

Statut(s) :

Date de la rédaction de la fiche :

Tél :

► PATIENT

M. Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de l'EHPAD :

Médecin traitant :

Personne de confiance :

Personne à prévenir :

Mesure de protection :

Souhaits ou **directives anticipées**

oui non

► PATHOLOGIES (2 pathologies font envisager une limitation de soins, au minimum)

- Perte d'autonomie : OMS \geq 3 (capable de seulement quelques activités et alité ou assis \geq 50% du temps)
- Démence ou pathologies neurodégénératives (SLA, SEP...)
- Cardiovasculaires :
 - hypertension artérielle compliquée
 - chirurgie cardiaque
 - accident vasculaire cérébral
 - insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV
 - coronaropathie
- Diabète insulino-dépendant non équilibré ou présentant des complications secondaires à sa pathologie
- Insuffisant respiratoire chronique
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Cancer sous traitement
- Immunodépression congénitale ou acquise :
 - médicamenteuse
 - infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 $<$ 200/mm³
 - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
 - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement
- Cirrhose \geq au stade B de la classification de Child-Pugh
- Obésité morbide (indice de masse corporelle $>$ 40 kg/m²) ou dénutrition sévère

► DEMARCHES PREVUES SUR LE NIVEAU DES SOINS :

Maximal

Limitation d'une ou plusieurs thérapeutiques

Non réanimatoire

Justifié par une réflexion éthique antérieure :

oui non

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire ou de détresse respiratoire :

oui non

Soins de confort exclusifs :

oui non

Sédation en cas de détresse respiratoire aigüe avec pronostic vital engagé :

oui non

Souhait de décès à domicile :

oui non

Patient ou tiers informé :

oui non

Signature :