



**JEN - 3 JUIN 2024**

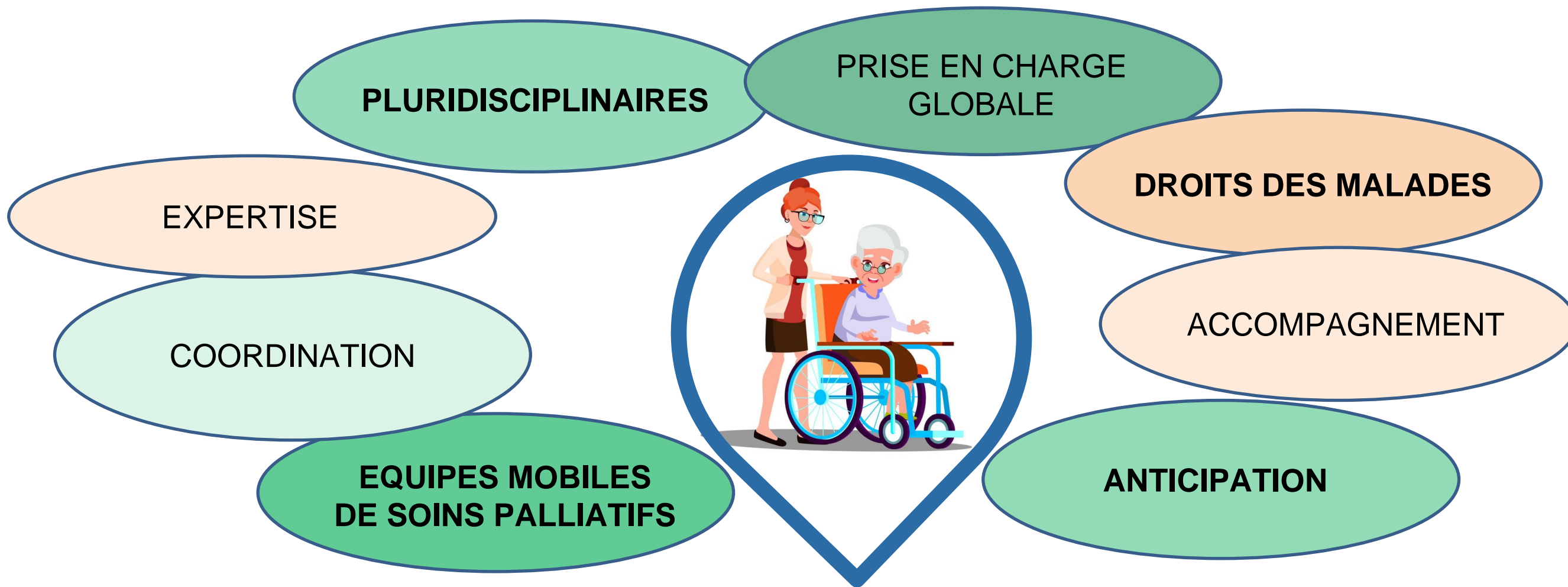
**RÉDACTION ET BON USAGE DE LA FICHE URGENCE PALLIA EN EHPAD**

**Dr Marco-Achille Gambirasio**

**ANTICIPATION EN ÉQUIPE, RÉDACTION DU DOSSIER DORMANT HAD**

**Dr Morgan Beaurin**

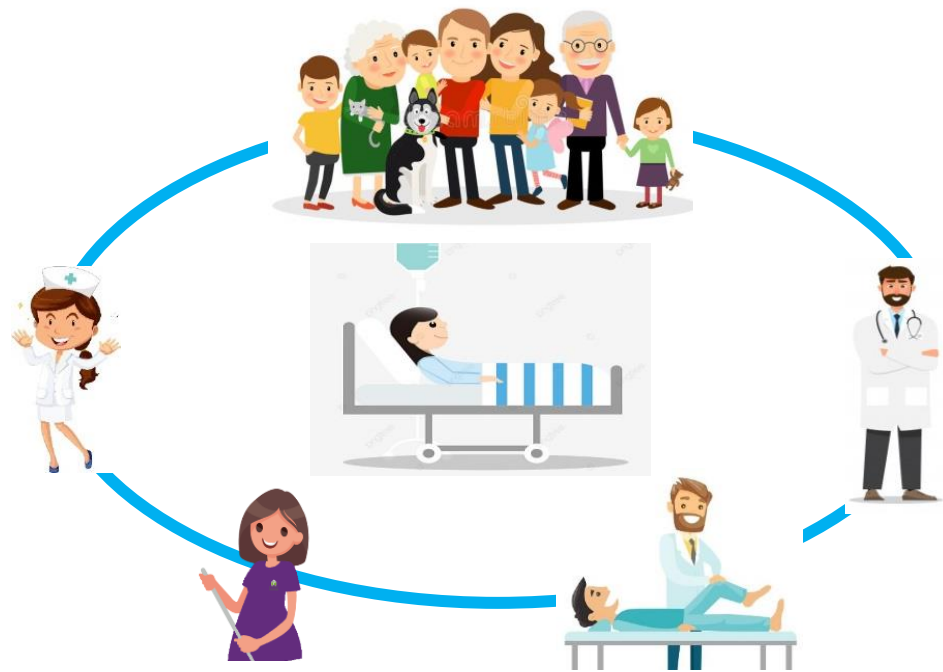
# SOINS PALLIATIFS EN EHPAD



**FICHE URGENCE PALLIA**

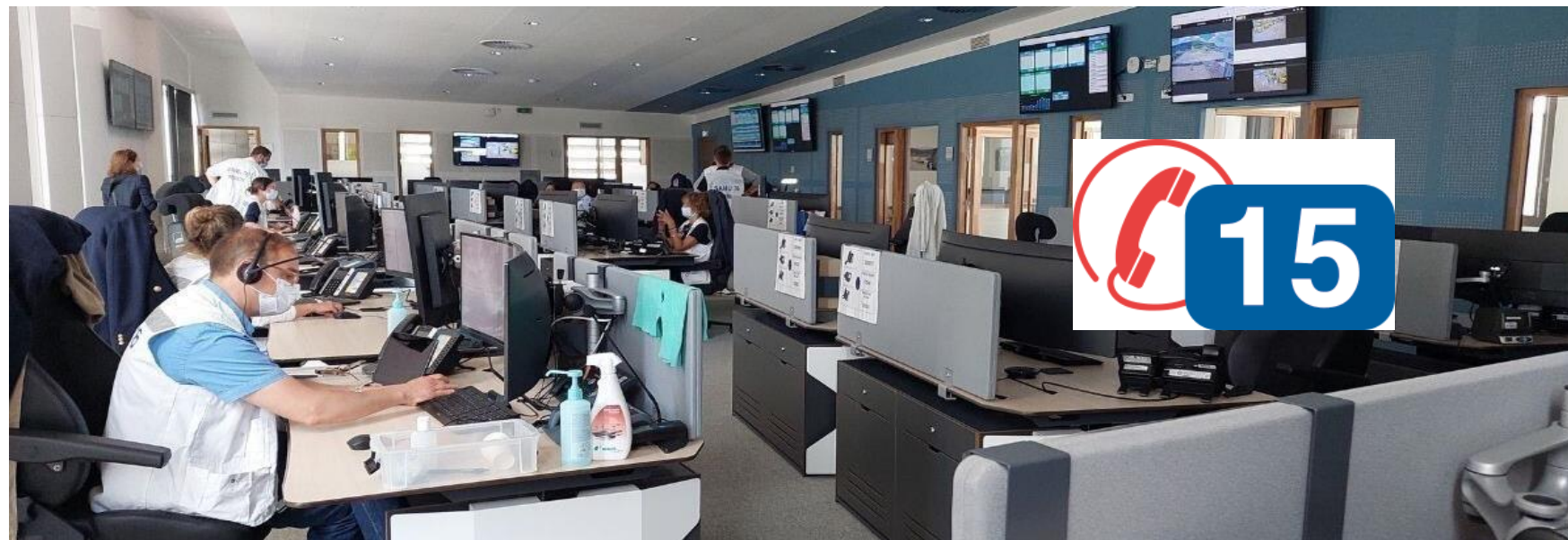
# **POURQUOI REMPLIR UNE FICHE URGENCE PALLIA ?**

- ADAPTER LES OBJECTIFS DES SOINS INTEGRES DANS UNE DEMARCHE PALLIATIVE
- FAVORISER UN PARCOURS DE SOINS FLUIDE ET COHERENT
- RATIONNALISER LES MOYENS DE COORDINATION



# POUR FACILITER LA REGULATION MEDICALE LORS D'UN APPEL AU 15

AIDE A LA DECISION



**POUR EVITER UN  
PASSAGE AUX  
URGENCES**



**POUR ÉVITER UNE  
RÉANIMATION  
INAPPROPRIÉE**





# POUR FACILITER UNE ENTREE DIRECTE DANS UN SERVICE HOSPITALIER



Centre Hospitalier Intercommunal  
Elbeuf . Louviers . Val de Reuil

# COMMENT REMPLIR UNE FICHE URGENCE PALLIA (FUP) ?



A télécharger sur le site de la SFAP **AVEC ANNEXE**

[https://sfap.org/system/files/fiche\\_urgence\\_pallia\\_sfap\\_avec\\_annexe.pdf](https://sfap.org/system/files/fiche_urgence_pallia_sfap_avec_annexe.pdf)





# FICHE URGENCE PALLIA (FUP)

**Fiche URGENCE PALLIA**  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 : Médecin hospitalier  
Téléphone :  ou tampon :   
Fiche rédigée le :  2022

**PATIENT**  M.  Mme NOM :  Prénom :   
Rue :  Né(e) le :  1935  
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 :   
Prise en charge palliative axée sur les soins de confort  
Accompagnement de fin de vie sur le domicile.

**Symptômes et risques possibles :**  Douleur  Dyspnée  Vomissement  
 Encombrement  Anxiété majeure  
si extrême, l'écrire en majuscules  Agitation  Convulsions  Occlusion  
 Autres (à préciser dans cette zone →)

Produits disponibles au domicile :   
cf verso

Prescriptions anticipées :  Oui  Non  NA

**DÉMARCHE PRÉVUE**  Avec accord patient le  2022  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 ?

PAS DE STYLO

Risque +++  
dans la transcription

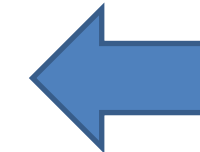
PAS DE PIÈCES  
JOINTES

Tout doit être synthétisé sur  
la FUP (pas d'ordonnances,  
pas de DA, etc...)



# FUP : GENERALITES

<b>PATIENT</b> <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme		NOM :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	
Rue :		<input type="text"/>			Né(e) le :	<input type="text"/>
CP :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>	Téléphone :	<input type="text"/>	
N° SS :	<input type="text"/>	Accord du patient pour la transmission des informations : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Impossible				
Médecin traitant :	Dr <input type="text"/>	Joignable la nuit	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA <sup>1</sup>	Tél :	<input type="text"/>	
Médecin hospitalier référent :	Dr <input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	
Service hospitalier référent :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	
Lit de repli possible <sup>2</sup> :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	
Suivi par HAD :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>
Suivi par EMSP :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>
Suivi par réseau :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>
Autres intervenants à domicile : (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone		<b>Préciser le numéro de l'IDE à joindre et/ou prestataire</b>				



*Inscrire le numéro du téléphone qui permettra d'APPELER le SAMU 15*

**Tous les numéros doivent être colligés afin que la régulation du SAMU puisse les joindre en cas d'hospitalisation en urgence ou de besoin de coordination**





# FUP : CAS 2

NE PAS  
REEMPLIR  
les cases avec  
le menu  
déroulant

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 :

**Prise en charge palliative axée sur soins de confort**  
**Projet anticipé d'une fin de vie à domicile**

Symptômes et risques possibles :

si extrême, l'écrire en majuscules

- Douleur    Dyspnée    Vomissement  
 Encombrement    Anxiété majeure  
 Agitation    Convulsions    Occlusion  
 Autres (à préciser dans cette zone →)

risque asphyxique : VALIUM 5 mg en SC ou IV + MORPHINE 5 mg en SC ou IV RENOUELABLE 1 FOIS si détresse respiratoire aigüe après 15 min en IV et 20 min en SC

Produits disponibles au domicile

Prescriptions anticipées :

Oui  Non  NA

**Cf verso**

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 aigüe avec pronostic vital engagé :  Oui  Non  NA

Remplissage :  Oui  Non  NA

écrire au verso



# FUP : CAS 3

NE PAS  
REEMPLIR  
les cases avec  
le menu  
déroulant

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 :

**Prise en charge palliative axée sur soins de confort**  
**Résident / entourage / équipe souhaitant une fin de vie hospitalière**

Symptômes et risques possibles :

si extrême, l'écrire en majuscules

- Douleur    Dyspnée    Vomissement
- Encombrement    Anxiété majeure
- Agitation    Convulsions    Occlusion
- Autres (à préciser dans cette zone →)

risque asphyxique : VALIUM 5 mg en SC ou IV + MORPHINE 5 mg en SC ou IV RENOVELABLE 1 FOIS si détresse respiratoire aigüe après 15 min en IV et 20 min en SC

Produits disponibles au domicile

Prescriptions anticipées :

Oui  Non  NA

Le temps de trouver un lit ? Cf verso

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 aigüe avec pronostic vital engagé :  Oui  Non  NA

Remplissage :  Oui  Non  NA

écrire au verso



# FUP : PRESCRIPTIONS

## Annexe Fiche URGENCE PALLIA

La fiche URGENCE PALLIA se doit d'être synthétique pour une lecture rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes. Cette fiche annexe vous permet de détailler les notions résumées dans la fiche.

Date de rédaction de la fiche URGENCE PALLIA à laquelle cette fiche annexe se rapporte : 02 02 2022

Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe : [ ] [ ] [ ]

Nom du rédacteur : [ ] Statut du rédacteur : [ ]

CONCERNANT CE PATIENT :  M.  Mme Nom : [ ]

Prénom : [ ] Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ]

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

Exemples de relais sous cutané en cas de prise per os impossible :

VALIUM 5 mg en SC : 1 injection x 3/jour si angoisse ou agitation et/ou convulsions

MIDAZOLAM 1mg SC si agitation ou détresse respiratoire / toutes les 10-30min

MORPHINE 2mg SC si douleurs et avant les soins si besoin, max toutes les 2H et/ou si dyspnée avec fréquence respi > 25

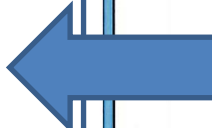
SCOPOLAMINE 0,5 mg SC /4H si encombrement

### Renseigner :

Le traitement habituel per os (ordonnance à disposition ++)

Le traitement si besoin en fonction des différents symptômes prévisibles

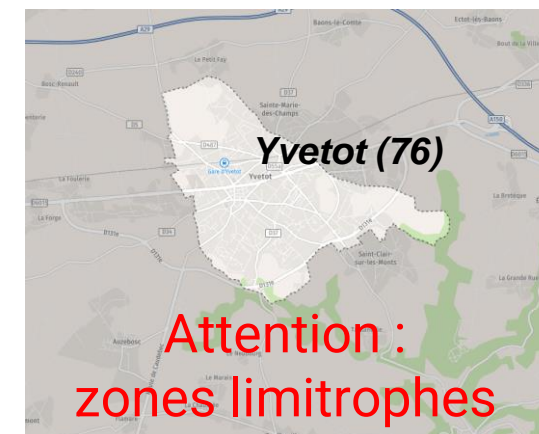
Les traitements qui seront disponibles pour le médecin régulateur du SAMU/PDS ( conseil ou prescription téléphonique )



**LA FUP N'EST PAS UNE ORDONNANCE**

# FUP : TRANSMISSION

- MESSAGERIE SECURISEE DE SANTE
- DMP
- MAIL SECURISE / MAIL
  - Au SAMU de référence\* :
    - SAMU Evreux 27 : [samu27.secretariat@ch-eureseine.fr](mailto:samu27.secretariat@ch-eureseine.fr)
    - SAMU Rouen 76A : [secretariat.SAMU@chu-rouen.fr](mailto:secretariat.SAMU@chu-rouen.fr)
    - SAMU Le Havre 76B : [samu.lehavre@ch-havre.fr](mailto:samu.lehavre@ch-havre.fr)
  - Au médecin traitant qui aura préalablement collaboré à la FUP
  - A l'IDEL du patient ou à l'**HAD** ou au prestataire
- **Laisser une copie accessible** dans la mesure du possible qui pourra servir en cas d'intervention d'une équipe SMUR.



Merci d'informer le SAMU du décès du patient afin de le supprimer du logiciel de régulation.

**FICHE URGENCE PALLIA**



**HAD**



**“DOSSIER DORMANT”**



# 1- L'HOSPITALISATION A DOMICILE : DÉFINITION ET FONCTIONNEMENT (1/3)

## POUR QUI ?



Quel que soit votre âge



Si vous êtes atteint  
d'une maladie grave, aiguë  
ou chronique



Que vous soyez chez vous,  
en Ehpad ou dans  
un établissement social  
ou médico-social

## QUELLES GARANTIES ?

24 H / 24  
7 J / 7

Continuité  
des soins



100 % des soins  
sont pris en charge par  
l'Assurance Maladie



Charte  
du patient  
hospitalisé



Qualité/sécurité  
certifiées par la Haute  
Autorité de Santé

# 1- L'HOSPITALISATION A DOMICILE : DÉFINITION ET FONCTIONNEMENT (2/3)

## COMMENT ?



**Prescription**

**1**

par votre médecin  
traitant ou  
par le médecin  
hospitalier



**Évaluation**

**2**

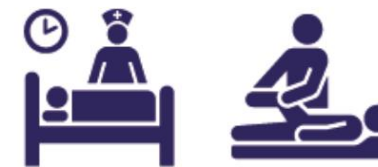
de votre état de santé  
et de votre domicile  
par des professionnels  
de l'HAD



**Mise en place  
au domicile**

**3**

après accord  
de votre médecin  
traitant



**Réalisation  
des soins**

**4**

par des professionnels  
de santé comme si  
vous étiez à l'hôpital

# 1- L'HOSPITALISATION A DOMICILE : DÉFINITION ET FONCTIONNEMENT (3/3)

**PANSEMENTS  
COMPLEXES**

**TRAITEMENTS IV  
HOSPITALIERS**

**TRANSFUSION**

**SOINS PALLIATIFS ET PRISE  
EN CHARGE DOULEUR**

## 2- DU “DOSSIER DORMANT” AUX “ÉVALUATIONS ANTICIPÉES EN EHPAD” (1/3)



- Améliorer les prises en soins palliatives** des résidents d'EHPAD
- Eviter les hospitalisations** et accélérer le retour des urgences dans les situations de fin de vie
- Anticiper** un besoin de soins techniques (PCA morphine/midazolam..) pour pouvoir intervenir dans un délai réduit, 24h/24.

## 2- DU “DOSSIER DORMANT” AUX “ÉVALUATIONS ANTICIPÉES EN EHPAD” (2/3)



- Pathologies à risque de décompensation** dont le projet de vie prévoit la limitation du recours à l’hospitalisation (BPCO sévère, insuffisance cardiaque...)
- Cancer évolutif** au stade palliatif avancé
- Anticipation** d’une fin de vie prévisible



**Étape 1**  
**Évaluation**  
**conjointe**  
entre l'Ehpad, le médecin  
traitant et l'HAD et recueil  
de l'accord du patient  
et/ou de son entourage



**Étape 2**  
**Réalisation**  
**de l'évaluation**  
**anticipée**  
Évaluation de l'état de  
santé du résident et  
validation selon les critères  
d'éligibilité de l'HAD



**Étape 3**  
**Préadmission**  
**en HAD**

Création du dossier patient,  
élaboration des prescriptions  
anticipées personnalisées et  
de la planification des soins,  
transmission du compte rendu  
de synthèse à l'équipe de  
l'Ehpad



**Dégradation**  
**de l'état de santé**  
**du résident**

**Étape 4**  
**Activation de l'HAD**  
sur simple appel et réévaluation  
clinique du résident sur place  
par l'équipe de l'HAD



**Étape 5**  
**Admission**  
**du patient**  
**et réalisation**  
**de la prise**  
**en charge**

L'HAD coordonne  
l'intervention avec  
les professionnels  
de l'Ehpad



**Étape 6**  
**Réévaluation et ajustements**  
réguliers tout au long de la prise en charge lors  
de réunions pluridisciplinaires avec l'Ehpad, jusqu'à  
l'arrêt de l'HAD avec maintien en Ehpad, transfert  
en hospitalisation avec hébergement ou décès

## **CONCLUSION**

- FUP** non systématique - outil d'aide à la décision
- Rédaction médicale** avec **démarche collégiale** centrée sur le PPS du résident
- Consentement
  
- Equipes mobiles territoriales de soins palliatifs** (EMSTP) – complémentarité avec l'HAD
  
- Régulation médicale** dans le déclenchement des dossiers dormants
- Réactivité de la réponse suivant l'organisation des HAD
- Astreinte médicale HAD** dès 2025



Merci pour votre attention

