

## AIDE À LA DÉCISION EN PHASE AIGUË

Le (date) :

### Informations patient :

Nom : Prénom : DDN :

GIR : Indice de Karnofsky : MMS :

Antécédents :

### Directives anticipées :


Personne de confiance :

Discussion avec proche :

### Souhaits du patient par rapport aux niveaux de soins :

-réanimation : oui  non

-hospitalisation : oui  non

 Si oui : sur place

Transfert à l'hôpital de proximité

Transfert à l'hôpital référent

-maintien à l'EHPAD avec + ou - l'HAD : avec thérapie active

avec soins de confort


### Concertation de l'équipe pluridisciplinaire et niveaux de soins proposés :

Professionnels présents : IDE  Cadre de santé

Aides-soignants  Rééducateur  Médecin

-réanimation : oui  non

-hospitalisation : oui  non

 Si oui : sur place

transfert à l'hôpital de proximité

transfert à l'hôpital référent

-maintien à l'EHPAD avec + ou - l'HAD : avec thérapie active

avec soins de confort

**Discussion avec le médecin traitant si possible :** oui  non

**Information au patient :**

**Information :** à la famille

au responsable légal :