

Fiche « Urgence Pallia »

FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELS

Dr Marco A. GAMBIRASIO

Praticien Hospitalier

Chef de Service Unité de Médecine Palliative

CHU de Rouen

Connaissez-vous la FUP?



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 : Dr Joignable la nuit ☐ Oui ☐ Non ☐ NA¹ Tél :

Médecin hospitalier référent : Dr Tél :

Service hospitalier référent : Tél :

Lit de repli possible² : 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

Version fiche 2017-05



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 :

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 :

Version fiche 2017-06

Avant la FUP

Fiches « *patient remarquable* » : situations d'urgence, anticipation
(en situation palliative)

Pratiques « locales »: outils différents, performances variables...

Données peu/pas « sécurisées »

➤ **Uniformiser les pratiques**

A l'origine de la FUP

Collège des Médecins de la SFAP
(Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs)

Groupe de travail « Outils communs »

Dr Olivier MERMET (pilote du projet)

Consensus SFAR – SFMU

Société Française d'Anesthésie et Réanimation / Médecine d'Urgence

Elaboration – PDF « writer »

Objectifs FUP

Pourquoi?

Quand?

Comment ?

Objectifs FUP

Pourquoi?

Aide à la décision pour les professionnels

Quand?

Projet de soins validé, souhait du patient (LAT, lieu de fin de vie)

Comment ?

Harmonisation des info, cadre sécurisé

Accès rapide



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 : Dr Joignable la nuit ☐ Oui ☐ Non ☐ NA¹ Tél :

Médecin hospitalier référent : Dr Tél :

Service hospitalier référent : Tél :

Lit de repli possible² : 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 →)

si extrême, l'écrire en majuscules

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

Version fiche 2017-06

Cf annexe pour copie DA



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 :

30 05 2024

Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe :

2023

Nom du rédacteur :

Statut du rédacteur :

Médecin EMSP

CONCERNANT CE PATIENT :

☐

M.

☒

Mme

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

23 05 2024

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

DA: "En cas d'urgence, j'autorise l'alimentation par le nez (sonde naso-gastrique). Je ne souhaite pas être réanimée. Dans la mesure du possible, je souhaiterais décéder en structure. Je refuse l'assistance respiratoire (refus trachéotomie) mais j'accepte la VNI. Je souhaite la sédation profonde et continue."

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 :



① Prise en charge palliative précoce

*Trajectoire de fin de vie
non prévisible*

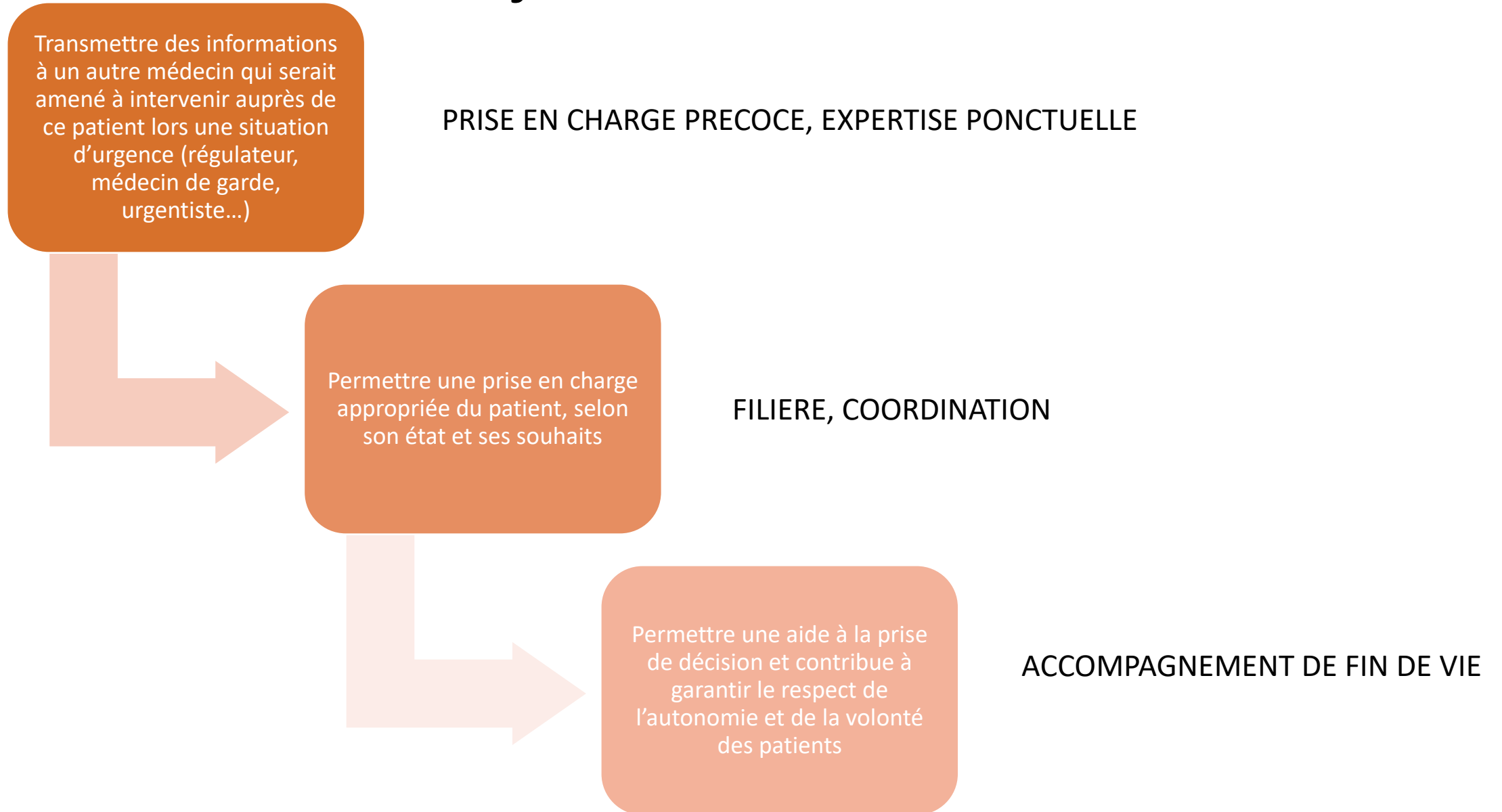
- Quel objectif?
 - Parcours?
 - PEC adaptée en cas d'évènement aigu?

② Prise en charge palliative terminale

*Trajectoire de fin de vie
identifiée / « prévisible »*

- Respect choix du patient
- Anticipation

Objectifs de la FUP



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 : Dr Joignable la nuit ☐ Oui ☐ Non ☐ NA¹ Tél :

Médecin hospitalier référent : Dr Tél :

Service hospitalier référent : Tél :

Lit de repli possible² : 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

si extrême, l'écrire en majuscules ☐ 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 :

Vigilance #1

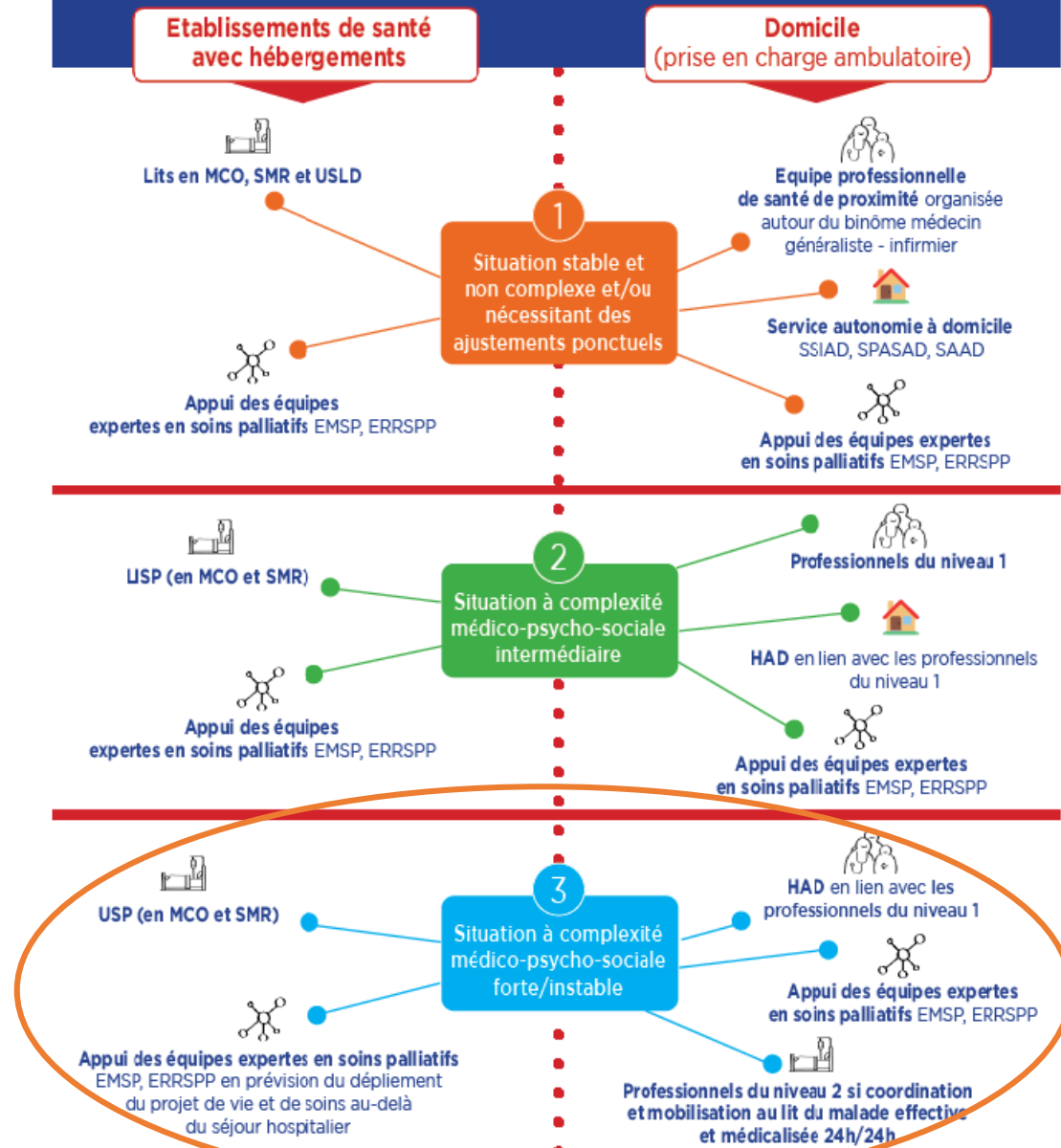
l'USP lit de
repli possible ?

Médecin traitant : Dr	Joignable la nuit ☐ Oui ☐ Non ☐ NA ¹	Tél :
Médecin hospitalier référent : Dr		Tél :
Service hospitalier référent :		Tél :
Lit de repli possible ² :		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 libéraux, etc.) avec leur(s) numéro(s) de téléphone :		

Vigilance #2

l'USP service référent?

L'offre de soins palliatifs en France selon l'état de santé de la personne malade : 3 situations



Suivi par HAD :	☐ Oui ☒ Non ☐ NA		Tél :	
Suivi par EMSP :	☐ Oui ☒ Non ☐ NA	AVIS SENIOR SOINS PAL	Tél :	02 32 88 01 33
Suivi par réseau :	☒ Oui ☐ Non ☐ NA	ETSP CHU ROUEN	Tél :	06 28 78 34 85
Autres intervenants à domicile : (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone				

➤ **Effecteurs de soin**

Transmettre des informations à un autre médecin qui serait amené à intervenir auprès de ce patient lors une situation d'urgence (régulateur, médecin de garde, urgentiste...)

➤ **Avis**
 ≠ Astreinte
 ≠ Astreinte territoriale

ACCESSIBILITE de la FUP dans dossier médical

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 : Dr Joignable la nuit ☐ Oui ☐ Non ☐ NA¹ Tél :

Médecin hospitalier référent : Dr Tél :

Service hospitalier référent : Tél :

Lit de repli possible² : 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...)
sur tout le territoire de l'Alsace

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 →)

si extrême, l'écrire en majuscules

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 :

➤ LA FUP doit d'être **synthétique pour une lecture rapide**, SFAP 2017

Médecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Éthique 24 (2025) 112–119

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

ELSEVIER

EXPÉRIENCES PARTAGÉES

État des lieux des connaissances et de l'utilisation de la Fiche Urgence Pallia auprès des médecins régulateurs des centres 15 d'Aquitaine. Une étude observationnelle, quantitative et multicentrique par questionnaire anonymisé en ligne

State of the art of knowledge and use of the Pallia Emergency Sheet among the regulating doctors of the 15 centers in Aquitaine. An observational, quantitative and multicenter study using an anonymized online questionnaire

Léopold Arnaud^a, Florent Le Fur^b, Pauline Monnier^{b,*}

Tableau 3 Avantages potentiels de la FUP pour les personnes ne la connaissant pas [n/56 (%)].
Potential benefits of FUP for people who are not aware of it [n/56 (%)].

Avantages de la FUP	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ne se prononce pas	Plutôt d'accord	Pas du tout d'accord
Gain de temps	28 (50 %)	27 (48,2 %)	0	1 (1,8 %)	0
Compréhension du problème médical	34 (60,7 %)	21 (37,5 %)	1 (1,8 %)	0	0
Lit de repli	16 (28,6 %)	16 (28,6 %)	20 (35,7 %)	3 (5,3 %)	1 (1,8 %)
Annuaire des intervenants	30 (53,6 %)	22 (39,3 %)	3 (5,3 %)	1 (1,8 %)	0
Prescriptions anticipées	40 (71,6 %)	11 (19,6 %)	1 (1,8 %)	0	0

« Pour les médecins ayant déjà utilisé la FUP, l'un des avantages justement est le gain de temps lors des appels. »

« L'idée initiale de la FUP était l'anticipation des situations d'urgence chez les patients en fin de vie au domicile dans le but entre autres de faire gagner du temps aux médecins tout en respectant mieux les choix de fin de vie des patients. »

Pathologie principale et diagnostics associés :	Carcinome épidermoïde de la mandibule droite, en prise en charge palliative (RCP du 14/10/24), dans un contexte d'AEG.
--	--

Pathologie principale et diagnostics associés :	mélanome rectal en récurrence métastatique en cours de traitement carcinologique Localisations métastatiques : Péritonéal, pelvien, rénales, surrénale gauche, cérébral avec oedème
--	--

Pathologie principale et diagnostics associés :	Adénocarcinome de la tête du pancréas localement avancé lors de la prise en charge initiale en 2022 avec pose de prothèse biliaire puis compliqué secondairement de lésions métastatiques pulmonaires et désormais en abstention thérapeutique depuis décembre 2024
--	---

Pathologie principale et diagnostics associés :	Mélanome multimétastatique notamment au niveau cérébral avec HTIC - <u>projet de soins: palliatif, thérapie ciblée à visée palliative</u>
--	---

Pathologie principale et diagnostics associés :

- Insuffisance rénale chronique terminale sur néphropathie vasculaire et syndrome cardio-rénal avec projet de traitement conservateur selon le souhait du patient
- hémorragie digestive 11/2024 (ulcère forrest III)

Pathologie principale et diagnostics associés :

Sclérose en plaque compliquée de tb de déglutition avec pneumopathie d'inhalation, vessie neurologique avec stomie urinaire et infections urinaires récidivantes, tb neuro cognitifs et grabatisation avec escarres sacrum et talon, difficultés de communication (impossibilité d'alerter en cas de problème)

Pathologie principale et diagnostics associés :

SLA compliquée d'insuffisance respiratoire, dysarthrie et troubles de déglutition
Troubles neuro-cognitifs
REFUS VNI REFUS NUTRITION ENTERALE

Pathologie principale et diagnostics associés :

Sclérose Latérale Amyotrophique au stade d'insuffisance respiratoire chronique nécessitant une VNI 24h/24

Projet de soin

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 : Dr Joignable la nuit ☐ Oui ☐ Non ☐ NA¹ Tél :
Médecin hospitalier référent : Dr Tél :
Service hospitalier référent : Tél :
Lit de repli possible² : 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
si extrême, l'écrire en majuscules ☐ 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 :

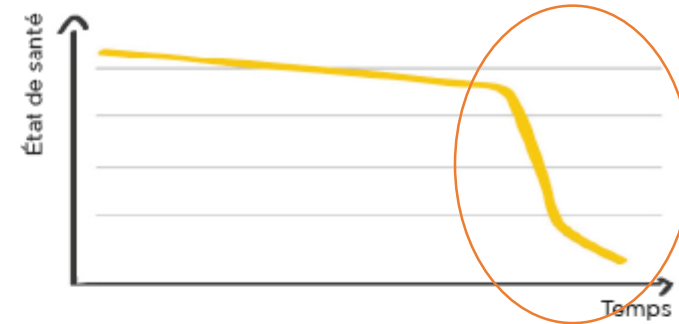
Où trouver ces documents ?
Autre personne à prévenir Lien : Tél :

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

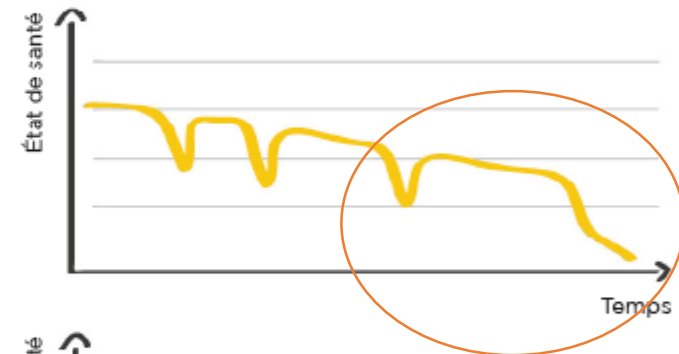
Trajectoire 1 - Déclin rapide

Décès suite à une maladie à évolution progressive, comportant une phase terminale relativement identifiable et rapide (cancers notamment). Le déclin dure souvent quelques années mais la phase terminale est généralement limitée à **quelques mois**.



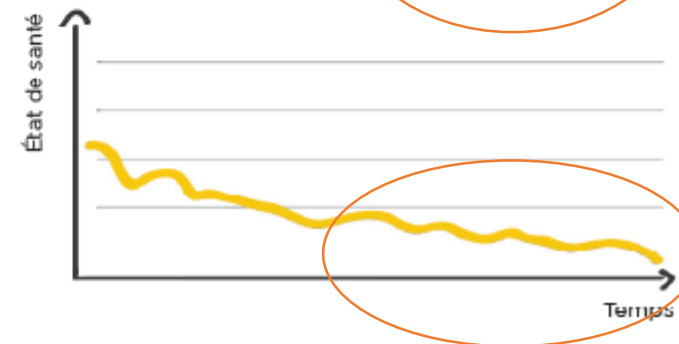
Trajectoire 2 - Déclin graduel

Décès suite à une maladie marquée par un déclin graduel mais ponctuée par des épisodes de détérioration aigus et certains moments de récupération, avec une mort parfois soudaine et inattendue (défaillances cardiopulmonaires, maladies métaboliques, affections de l'appareil digestif, etc.). Le déclin dure entre **2 et 5 ans** mais la mort est généralement soudaine.



Trajectoire 3 - Déclin lent

Décès suite à une maladie définie par un déclin graduel et prolongé, typique des personnes âgées et fragiles ou des personnes atteintes de démence. La période de déclin est variable mais généralement longue, elle peut durer jusqu'à **6-8 ans**.



L'offre de soins palliatifs en France selon l'état de santé de la personne malade : 3 situations

Niveau 1

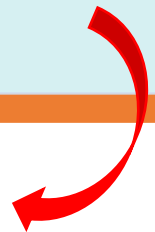
- Situation stable non complexe
- Et/ou nécessitant des ajustement ponctuels

Niveau 2

- Situation à complexité médico-psycho-sociale intermédiaire



Niveau 3

- Situation à complexité médico-psycho-sociale forte / instable
- 

ANTICIPATION ?

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 : Dr Joignable la nuit ☐ Oui ☐ Non ☐ NA¹ Tél :

Médecin hospitalier référent : Dr Tél :

Service hospitalier référent : Tél :

Lit de repli possible² : 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

si extrême, l'écrire en majuscules ☐ 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 :

Permet discussion,
abordé la maladie et le
pronostic

Discussion collégiale
en cas de situation
complexe

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 : si extrême, l'écrite en majuscules			
☐ Douleur ☐ Dyspnée ☐ Vomissement ☐ Encombrement ☐ Anxiété majeure ☐ Agitation ☐ Convulsions ☐ Occlusion ☐ Autres (à préciser dans cette zone →)			
Produits disponibles au domicile :			
Prescriptions anticipées : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA			

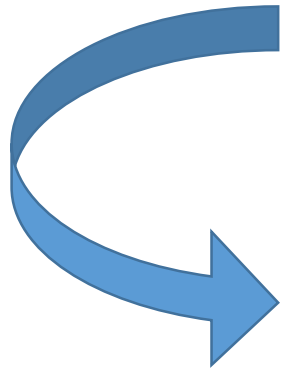
Le patient connaît-il son diagnostic ? ☒ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA		Son pronostic ? ☒ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA	
L'entourage connaît-il le diagnostic ? ☒ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA		Le pronostic ? ☒ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA	
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : ☒ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA			
Projet thérapeutique :		Prise en charge palliative axée sur les soins de confort Accompagnement de fin de vie sur le domicile SPCMD si souffrance réfractaire et/ou demande du patient	

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 : si extrême, l'écrire en majuscules			
☐ Douleur ☐ Dyspnée ☐ Vomissement ☐ Encombrement ☐ Anxiété majeure ☐ Agitation ☐ Convulsions ☐ Occlusion ☐ Autres (à préciser dans cette zone →)			
Produits disponibles au domicile :			
Prescriptions anticipées : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA			

« prise en charge palliative »

« soins de confort exclusifs »

« prise en charge symptomatique »...



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 :		traitement carcinologique en cours ; bonne réponse neurologique de l'œdème cérébral sous cortico. traitement d'une monodéfaillance envisageable si cause curable (antibio, réhydratation par exemple)	

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 : Souhait de fin de vie à domicile
 Refus SNG et gastrostomie
 Alimentation de plus en plus difficile devant une dépendance complète à la VNI

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

Produits disponibles au domicile : PCA MORPHINE et PCA MIDAZOLAM: possibilité de majorer par palier de 30 à 50% les posologies si dyspnée réfractaire

Prescriptions anticipées : ☒ Oui ☐ Non ☐ NA

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 : carcinome ORL métastatique (1 nodule pulmonaire) en PEC palliative symptomatique exclusive.
 Soins peu invasifs type antibiothérapie envisageable si cause curable réversible

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

Avis ORL : tumeur pré occlusive à RISQUE DETRESSE RESPIRATOIRE ; pas de thérapeutique carcinologique ou geste invasif envisageable.

Produits disponibles au domicile : Indication à une sédation urgente en cas de détresse respiratoire aiguë CF ANNEXE

Prescriptions anticipées : ☒ Oui ☐ Non ☐ NA

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
Risque de pneumopathie d'inhalation et d'infection urinaire

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 →) Fièvre, encombrement

Produits disponibles au domicile :
 Prescriptions anticipées : ☒ Oui ☐ Non ☐ NA

ATB?



Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

EN CAS DE FAUSSE ROUTE

1. Séance de kinésithérapie respiratoire
2. Et/ou in-exsufflateur
3. Si suspicion de pneumopathie d'inhalation (fièvre et toux/encombrement): CEFTRIAXONE 1g SC toutes les 24h, QSP 7jours et PARACETAMOL 500mg SC max toutes les 6h
4. Si dyspnée / polypnée (FR>25/min): MORPHINE 2mg SC max toutes les 4h

EN CAS DE DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE

MORPHINE 2MG SC, à renouveler toutes les 30min si inconfort persistant
 VALIUM 5MG SC, à renouveler toutes les 30min si inconfort persistant

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

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Ventilation non invasive : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Usage d'amines vaso-actives : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Décès à domicile : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Massage cardiaque : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Intubation : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Trachéotomie : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Remplissage : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

De quoi parle-t-on?

DÉMARCHE PRÉVUE ☒ Avec accord patient le 21 02 2025 ☐ Projet d'équipe si accord patient impossible

Hospitalisation : ☒ Souhaitée si aggravation ☐ Envisageable ☐ Refusée autant que possible ☐ NA

Soins de confort exclusifs : ☒ Oui ☐ Non ☐ NA

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : ☐ Oui ☐ Non ☒ NA

Ventilation non invasive : ☐ Oui ☐ Non ☒ NA

Usage d'amines vaso-actives : ☐ Oui ☐ Non ☒ NA

Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : ☐ Oui ☐ Non ☒ NA

Décès à domicile : ☐ Oui ☒ Non ☐ NA

Massage cardiaque : ☐ Oui ☐ Non ☒ NA

Intubation : ☐ Oui ☐ Non ☒ NA

Trachéotomie : ☐ Oui ☐ Non ☒ NA

Remplissage : ☐ Oui ☐ Non ☒ NA

- Confusion explorée
- Bilan de fièvre
- TDM en urgence
- Bloc uro en urgence pour pyélonéphrite obstructive



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 :

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 :

Situation palliative

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

Patiente en situation palliative non terminale, souhait d'une fin de vie digne, réflexion quant à des démarches d'euthanasie en Belgique ou suicide assisté en Suisse.

Rédaction des directives anticipées en cours.

Réflexion quant à un nouveau geste endoscopique si récurrence hémorragie digestive, discussion autour de limitation de traitement et d'accompagnement de fin de vie / sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès.

Situation palliative terminale

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

Rouen le, 28/05/2024

MIDAZOLAM PCA IV :

Dose de fond 8h-20h : 0mg/h

Dose de fond 20h-8h : 0.3mg/h

Bolus=1mg, période réfractaire=60min

MORPHINE PCA IV :

Dose de fond : 0mg/h

Bolus=3mg, si douleur ou dyspnée, période réfractaire=60min

Prescriptions anticipées :

Si douleurs ou dyspnée : MORPHINE PCA IV : dose de fond=0.5mg/h, bolus=3mg, PR=30min

Si angoisses : MIDAZOLAM : dose de fond=0.5mg/h, bolus=1mg, PR=30min

Si indication SPCMD : majoration PCA MIDAZOLAM 2mg/h, bolus=2mg, PR=15min + majoration PCA MORPHINE 1mg/h, bolus=5mg, PR=15min

Objectif RASS<-5. Si RASS>-5 : majorer MIDAZOLAM et MORPHINE par palier de 1mg/h, max toutes les heures

Si RASS>-4 malgré MIDAZOLAM 4mg/h, introduire LEVOMEPRMAZINE 50mg/24h IVSE (majorer par palier de 50mg, max 200mg/24h).

Quand objectif de confort respiratoire et sédation score RASS<-5 : arrêt VNI après bolus MIDAZOLAM et MORPHINE.

Par ailleurs, arrêt nutrition entérale et hydratation.

Si encombrement : SCOPOLAMINE 2mg/24h IVSE.

Nous restons disponibles au 02.32.88.01.33 pour discussion collégiale et aide à la prescription.

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONERANTE)

Rouen le, 28/05/2024

MIDAZOLAM PCA IV :

Dose de fond 8h-20h : 0mg/h

Dose de fond 20h-8h : 0.3mg/h

Bolus=1mg, période réfractaire=60min

MORPHINE PCA IV :

Dose de fond : 0mg/h

Bolus=3mg, si douleur ou dyspnée, période réfractaire=60min

Prescriptions anticipées :

Si douleurs ou dyspnée : MORPHINE PCA IV : dose de fond=0.5mg/h, bolus=3mg, PR=30min

Si angoisses : MIDAZOLAM : dose de fond=0.5mg/h, bolus=1mg, PR=30min

Si indication SPCMD : majoration PCA MIDAZOLAM 2mg/h, bolus=2mg, PR=15min + majoration PCA MORPHINE 1mg/h, bolus=5mg, PR=15min

Objectif RASS<-5. Si RASS>-5 : majorer MIDAZOLAM et MORPHINE par palier de 1mg/h, max toutes les heures

Si RASS>-4 malgré MIDAZOLAM 4mg/h, introduire LEVOMEPRMAZINE 50mg/24h IVSE (majorer par palier de 50mg, max 200mg/24h).

Quand objectif de confort respiratoire et sédation score RASS<-5 : arrêt VNI après bolus MIDAZOLAM et MORPHINE.
Par ailleurs, arrêt nutrition entérale et hydratation.

Si encombrement : SCOPOLAMINE 2mg/24h IVSE.

Nous restons disponibles au 02.32.88.01.33 pour discussion collégiale et aide à la prescription.

① Prise en charge palliative précoce

*Trajectoire de fin de vie
non prévisible*

➤ Quel objectif?

- Parcours?
- PEC adaptée en cas d'évènement aigu?

➤ Quid de la précocité avec projet
de soin flou

② Prise en charge palliative terminale

*Trajectoire de fin de vie
identifiée / « prévisible »*

- Respect choix du patient
- Anticipation

➤ Prescriptions anticipées

➤ Quid de leur application

➤ Appel au 15?

Objectifs FUP

Rédaction FUP

- Comment?
- Quand?
- Pourquoi?

OBJECTIFS FUP

COORDINATION

- Repérage
- Identification
- Projet de soins et de vie
- Parcours de soins

GRADUATION

Propositions
thérapeutiques
Scénarii

ANTICIPATION

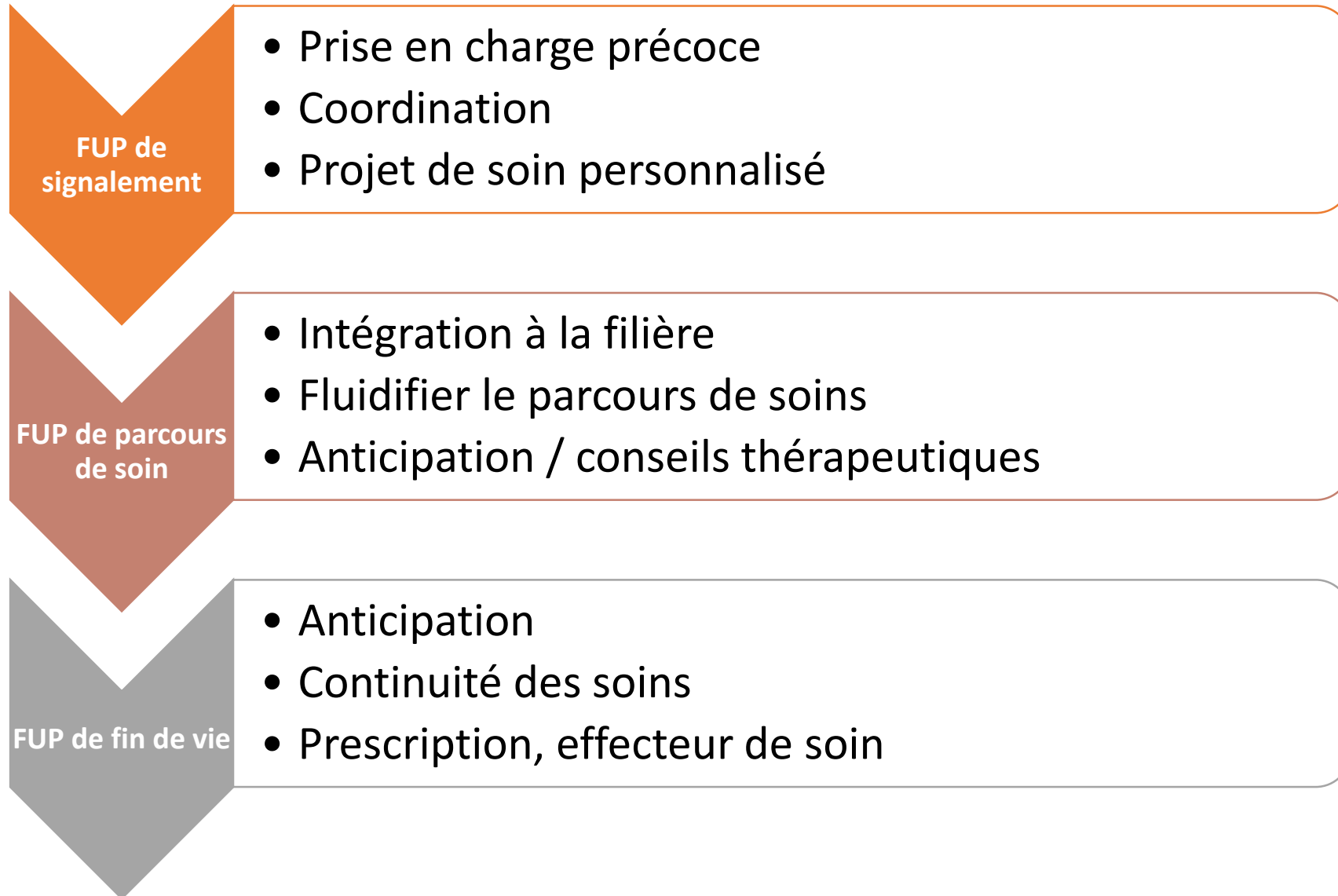
- Anticipation
« concrète »
→ prescriptions
anticipées

FIN DE VIE

→ matériel et
thérapeutiques
disponibles à
domicile si
besoin

IDEL ou HAD

Objectifs FUP



Place de l'Advance Care Planning...



What is Advance Care Planning?

“Advance care planning is a process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals and preferences regarding future medical care.”

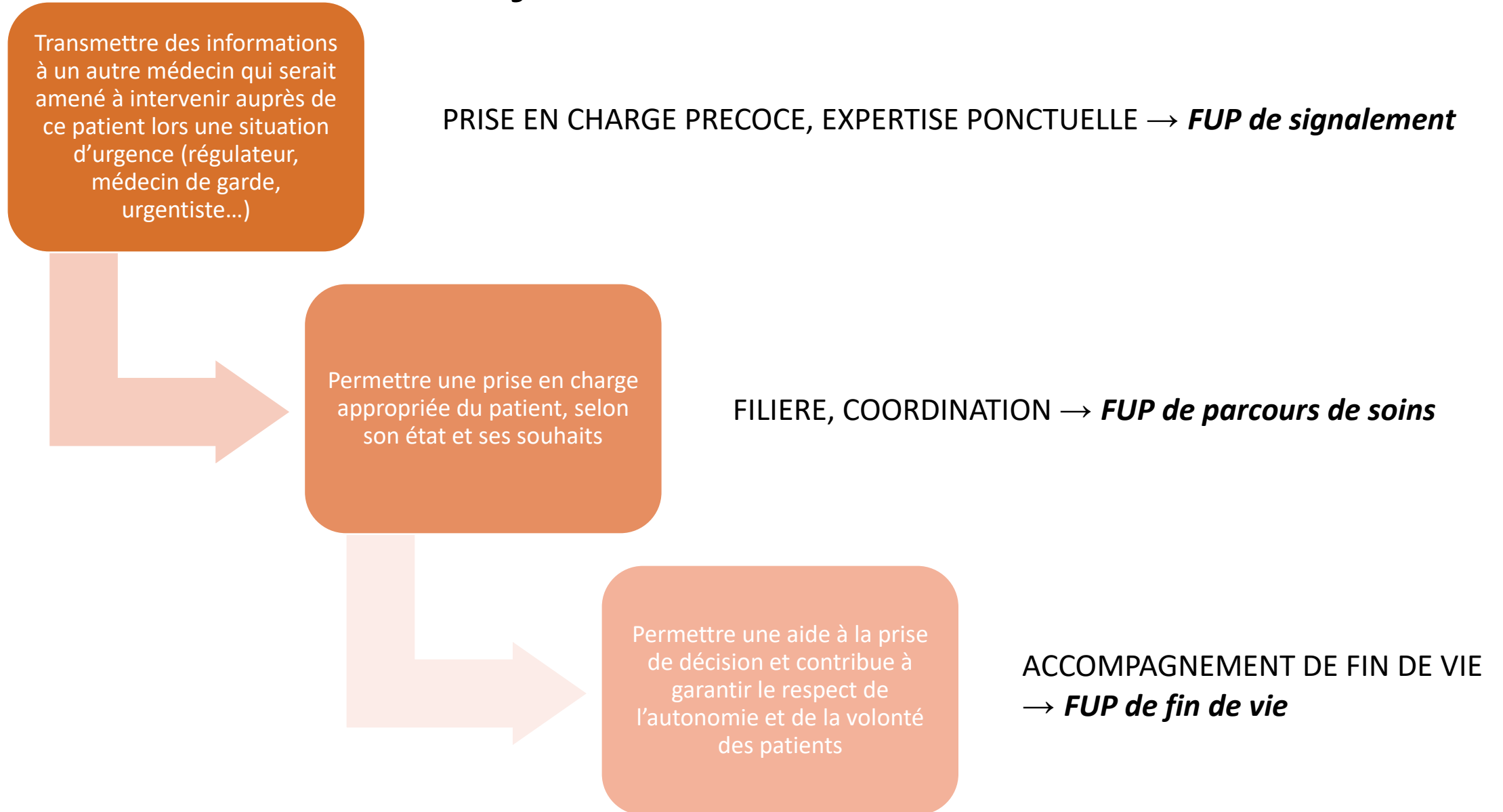
“The goal of advance care planning is to help ensure that people receive medical care that is consistent with their values, goals and preferences during serious and chronic illness.”

Sudore, R., et al. (2017). Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 821-832. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331



Paris, 07 février 2025

Objectifs de la FUP



Fiche « Urgence Pallia »

MERCI DE VOTRE ATTENTION !!

Dr Marco A. GAMBIRASIO

Praticien Hospitalier

Chef de Service Unité de Médecine Palliative

CHU de Rouen