



**SOINS DE FIN DE VIE
DONNÉES DE BASE**

Double identification faite Repérage au don d'organes et de tissus fait

* Compléter ce formulaire une seule fois lors de la confirmation médicale de fin de vie de l'utilisateur

Confirmation médicale de la fin de vie faite auprès de l'utilisateur ou son représentant : fait

Date : ____/____/____

Diagnostic principal : _____

Comorbidités : _____

Communication : Capable de communiquer ses besoins Autre langue que le français : _____

Troubles cognitifs : Aucun Alzheimer Démence VASCULAIRE Démence mixte Corps de Lewy

Autre(s) _____ Sévérité : Léger Modéré Avancé

PII de fin de vie : Fait date : ____/____/____ À venir date prévue : ____/____/____

Particularités au PII : _____

Cheminement et expérience de l'utilisateur (inscrire principales craintes, questions, attentes, volontés, etc. / Si non communiquant, inscrire signes non-verbaux [gestes, expression visage, etc.] pouvant indiquer inconfort, anxiété, etc.)

Cheminement et expériences des proches (inscrire principales craintes, questions, attentes, etc.)

Souhaits : Que les volontés de l'utilisateur soient respectées Que l'utilisateur soit confortable

Aucun acharnement Continuer certains traitements (O2, antibiotiques, etc.)

Dynamique familiale : Aucun conflit Présence de conflits pouvant affecter l'utilisateur

Rituel de fin de vie souhaité (particulier à la culture, religion, croyances, volontés, etc.)

Les soins spirituels ont été offerts : Oui Non Préciser : _____

Charriot d'accompagnement de fin de vie souhaité : Oui Non

Coordonnées du répondant mises à jour dans clinibase : fait date : ____/____/____

La famille a reçu les informations concernant les soins de fin de vie : Oui Non Préciser : _____

Nom :

Signature :

Titre professionnel :

Date :