



SM02259

**SOINS DE FIN DE VIE
ORDONNANCE MÉDICALE - NON PHARMACOLOGIQUE**

Consentement: Patient Représentant légal Double identification faite

	ORDONNANCES	RELEVÉ ✓	PRÉLÈVEMENT EXAMEN CONSULTATION			
			REQUÊTE		EFFECTUÉ	
			DATE	INITIALES	DATE	INITIALES
<input type="checkbox"/>	Organiser une réunion interdisciplinaire de fin de vie					
<input type="checkbox"/>	Cesser signes vitaux					
<input type="checkbox"/>	Cesser glycémies capillaires					
<input type="checkbox"/>	Cesser prélèvements					
<input type="checkbox"/>	Cesser solutés/traitements intraveineux					
<input type="checkbox"/>	Cesser la feuille de surveillance des narcotiques					
<input type="checkbox"/>	Oxygène au besoin pour confort					
<input type="checkbox"/>	Type de diète					
	<input type="checkbox"/> Selon tolérance					
	<input type="checkbox"/> NPO					
	<input type="checkbox"/> Autre :					
<input type="checkbox"/>	Bladder scan q _____ Hr					
<input type="checkbox"/>	Sonde urinaire si aucune mixtion et Bladder scan > _____ ml					
<input type="checkbox"/>	Désactiver défibrillateur					
<input type="checkbox"/>	Transférer en chambre privée (si patient ou famille désire)					
<input type="checkbox"/>	Consultation en soins spirituels ou en intervention psychosociale					
<input type="checkbox"/>	Aviser le médecin si présence d'un symptôme documenté dans les notes journalières ≥ 3 fois/24h					

NOM

SIGNATURE

TITRE PROFESSIONNEL

DATE