

Nom/Prénom du patient :

DATE :

Néphrologue référent :

Problématique posée :

Limitation des thérapeutiques

Arrêt des thérapeutiques actives

Pathologie principale

Comorbidités associées influençant le pronostic vital

Etat actuel du patient / Souffrances-Besoins

- Physiques:
- Psychologiques:
- Sociofamiliales:
- Existentielles:

Alternatives thérapeutiques éventuelles (bénéfices/risques)

Souhaits du patient

- Ce que souhaite le patient :
- Directives anticipées : OUI NON
- Personne de confiance : OUI NON

Entourage

- Personnes rencontrées :
- Compte-rendu des échanges :

Date :

Soignants présents :

Professionnels présents ou consultés pour la décision (collégialité)

- Membres de l'équipe :
- Médecin extérieur :

DECISION

- Date :
- PAS DE LIMITATION DES TRAITEMENTS
- LIMITATION DES THERAPEUTIQUES ACTIVES Cf document II
- ARRET DES THERAPEUTIQUES ACTIVES Cf document III
- Signature

Information de la décision

- au patient Date :
- à l'entourage Nom : _____ Date :
- à la personne de confiance Date :

Prochaine évaluation

- Date :