

ETIQUETTE PATIENT

Date : _____

Service : _____

Prescripteur : _____

Signature : _____

En cas d'aggravation → **Transfert en réanimation :** OUI NON **En cas d'arrêt cardio-respiratoire** → **Massage cardiaque externe :** OUI NON **TRAITEMENTS**

- Mise en dialyse : OUI NON
- Mise en place ou maintien des traitements curatifs / préventifs sans obstination déraisonnable
- Mise en place des thérapeutiques de confort et traitement des symptômes

DOULEUR

- Evaluation de la douleur à chaque passage soignant avec : EN
EVA
EVS
EOC
- Traitement de la douleur selon les prescriptions médicales
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur sur le diagramme de soins et/ou en transmissions ciblées

HYGIENE ET CONFORT*Respect de la dignité et des souhaits du patient***Toilette**

- ▶ Différée si besoin dans le temps
- ▶ Adaptée aux besoins du patient en préservant une image corporelle digne
- ▶ Complétée si besoin par un massage de confort
- ▶ Soins de bouche

Installation et mobilisation

- ▶ Adaptée aux désirs et à l'état du patient
- ▶ Lever selon les besoins du patient en collaboration avec le kinésithérapeute

Elimination

- ▶ Surveillance de l'élimination et du transit

Pansement

- ▶ Réfection selon prescription sans obstination déraisonnable

NUTRITION ET HYDRATATION

- Maintien du régime alimentaire : OUI NON
- Maintien de la restriction hydrique : OUI NON
- Nutrition artificielle : OUI NON

INVESTIGATIONS

- Maintien de la prise des paramètres
- Maintien de l'observation soignante permettant de dépister les symptômes
- Réalisation d'examen complémentaires biologiques et radiologiques sans obstination déraisonnable

L'entourage du patient est accueilli afin de favoriser un accompagnement adapté à la situation