|  |
| --- |
| **Projet thérapeutique de Nom : Prénom : DN : / / Age : ans Etage : Chambre N° :**  **Score de fragilité clinique(CFS) AVANT LA MALADIE ACTUELLE : points**  **1-3: Actif, autonome pour les activités journalières, statut médical stable 4 -5: autonome mais fatigue, lenteur, ne sort plus :**  **6: Aide partielle pour habillage et toilette :  7: dépendant pour habillage/toilette/transfert/repas mais stable cliniquement :**  **8-9: déclin fonctionnel notable, grabataire, fin de vie proche (< 6 mois) :**  **Comorbidités : MMSE : /30 Obésité O Diabète O Insuffisance cardiaque NYHA III à IV O Vasculaire O Insuffisance Respiratoire O Cancer O**  **Insuffisance rénale chronique O Hémodialyse O Dénutrition O (MNA< à 7) Immunosuppression O Cirrhose Child B O**  **Personne de Contact : Nom : Prénom : N° GSM : Informée : O oui O non Mandataire désigné : O oui O non Nom : Prénom : N° GSM :**  Le dispensateur de soins n'est pas tenu de chercher si le patient a désigné un mandataire. Le médecin ne peut déroger à la décision du mandataire désigné qui constituerait une menace pour la vie du patient ou une atteinte grave à sa santé, lorsque celui-ci peut invoquer la volonté expresse du patient. Si le patient n'a désigné aucun représentant, appliquer la réglementation « en cascade » : époux, enfant, parent, frère, sœur, médecin et équipe soignante. L'arrêt ou la non mise en œuvre d'un traitement est déontologiquement indiqué s'il est scientiﬁquement établi qu'il n'y a plus d'espoir d'une amélioration raisonnable et que des traitements prolongeant la vie n'augmentent pas le confort du patient et ne lui procurent plus que gêne et souffrance.  **Médecin Traitant: Nom : Prénom : N° GSM :**  **Médecin assurant les Soins: Nom : Prénom : N° GSM : MT Informé : O oui O non**  Les limitations au libre choix ne peuvent avoir d’effet sur le respect du droit à l’autonomie du patient et le droit à consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Les patients et leurs proches doivent être informés de la limitation du libre choix, en ce compris les raisons qui la motivent, et des mesures prises pour garantir l’accès et la continuité des soins**. Patient informé O oui O non Famille informée O oui O non**  **Projet Thérapeutique: O oui O non Date projet thérapeutique: Hospitalisation souhaitée O oui O non Réanimation souhaitée O oui O non Date premiers symptôme Covid19: Symptômes : Date de fin des symptômes :**  **Test PCR positif : O oui O non Test immunologique : O oui O non Scanner thoracique : O oui O non Retour hospitalisation O oui O non Médicament anti-covid19 ? O oui O non Lequel ? :**  **Oxygénothérapie si < 90% sat. objectif 92 à 94% Si besoins>3litres O2/minute Considérer hospitalisation si c’est le projet thérapeutique.**  **L'icône D'attention Dans Le Style Plat Symbole De Danger ...Dégradation rapide possible entre le 7ème et 12ème jours !**    **Pompes Funèbres : Nom : Téléphone :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Le Score NEWS : score d’alerte clinique précoce pour évaluer un patient.**  Permet de planifier le rythme du suivi infirmier et/ou décider d’une hospitalisation. Si score de 5 à 6 hospitaliser et si ≥ 7 SMUR si c’est le projet thérapeutique. | | | | | | | | | | |
| Paramètres | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Score | Risque Clinique |
| Fréquence respiratoire /Minute | **≤ 8** |  | **9 à 11** | **12 à 20** |  | **21 à 24** | **≥ 25** | **0** | **BAS**  **Surveillance Infirmière**  **2 à 3 x/j** |
| Saturation O2 en % | **≤ 91** | **92 à 93** | **94 à 95** | **≥ 96** |  |  |  | **1 à 4** |
| Apport d’O2 ? |  | **OUI** |  | **NON** |  |  |  | **Score Rouge Si +3 pour un paramètre individuel** | **MOYEN**  **Surveillance**  **Infirmière toutes les**  **1 à 2 heures** |
| Température en C° | **≤ 35,0°** |  | **35,1 à 36,0** | **36,1 à 38,0** | **38,1 à 39,0** | **≥ 39,1** |  | **5 à 6** |
| Tension artérielle en mmHg | **≤ 90** | **91 à 100** | **101 à 110** | **111 à 219** |  |  | **≥ 220** |
| **≥ 7** | **ELEVE**  **Surveillance infirmière toutes les demi-heures** |
| Fréquence cardiaque | **≤ 40** |  | **41 à 50** | **51 à 90** | **91 à 110** | **111 à 130** | **≥ 131** |
| Etat de conscience |  |  |  | **A** |  |  | **V - P - U** |
| A = Alerte V = Réagit à la stimulation verbale P = Réagit à la douleur U = inconscient | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Score NEWS** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Selles + ou - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diarrhées |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vomissements |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hydratation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Diurèse + ou -  si sonde : ml |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Appétit |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Douleur |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Agitation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prise des médicaments per os |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Le Projet Thérapeutique : Hospitalisation** O oui O non **Réanimation** O oui O non **Soins de confort** O oui O non **Sédation Terminale** O oui O non  Poids : Kg Filtration glomérulaire : ml/min Ne pas stocker l’oxygène, mais le remettre en circulation via le fournisseur. | | | | | | | | | | | | | |
| **Dates** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Désaturation<90%**  objectif Sat 92-94%  gazeux,liquide,  oxyconcentrateur | oxygène en l/min. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Encombrement**  **Sécrétions excessives**   scopolamine  0,5 mg pour 1ml | A la demande  max X/j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D’office X/J |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Température**  **> 38c°** | Paracétamol oral 1 gr X/j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Suppo 500 X/J |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Novalgine IM X/j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vomissements** | litican amp sc dans physio X/j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Haldol 5mg SC dans physio X/j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Primpéran 10mg / 1ml X /j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Constipation** | fleet 1 x tous les……. jours |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| lactulose ml/j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Antibiotique** | Amoxi-clav 3X mg/j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Moxifloxacine 400 1/J |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Héparine BPM** | Clexane mg x/j  Fraxiparine mg x/j  Innohep mg x/j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SONDE URINAIRE** | OUI 0 NON 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Diarrhées** | imodium |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| autres. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Agitation, confusion** | haldol 5mg/ml x /J |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **angoisses** | Temesta expidet |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| dominal oral IM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| valium sc dans physio ou IM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dyspnée légère à Modérée Protocole de confort** | | | | | | | | | | | | |
| * **Oxygène**: à débuter si la dyspnée s’accompagne de désaturation (SpO2<90) et à poursuivre si l’inconfort respiratoire s’améliore (pas en se basant sur la saturation). * **Opioïdes :**   Dose initiale si patient naïf aux opioïdes:  **Opioïde par voie orale** (si le patient est capable d’avaler)  Morphine : 5 mg po /4 h + entre doses 2.5 à 5 mg po Si Nécessaire.  Si morphine indisponible : Oxynorm Instant : 5 mg /4h + entre doses 5 mg SN  **Opioïde par voie sc** (si le patient est incapable d’avaler ou si un soulagement rapide est nécessaire) : morphine 2.5-5 mg sc (renouvelable > 30 minutes si nécessaire).  Dose en cas d’opioïdes pris au long cours : augmenter de 25 à 50 % la dose antérieure.  Réévaluations et titration par paliers de 25 à 50 % en fonction de la réponse clinique.  Traitement d’entretien : MS Contin® ou Oxycontin® po toutes les 12h ou M+ en sc continu.  Insuffisance rénale : réduire la posologie de 50 %, ou espacer l’intervalle entre les prises.  < 30ml/min : idéalement remplacer morphine et tramadol vers oxycodone et <10ml/min préférer buprénorphine = Temgesic®  Rajouter un anxiolytique en cas d’anxiété. | Dates |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oxygène en l/min |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Morphine orale sirop 1mg/ml dose/4h |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entre dose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oxynorm instant 5mg  Dose/4h |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entredose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Morphine SC mg/6h |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MS Contin mg/12h  Oxycontin mg/12h |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Temgesic mg  Toutes les ….. heures |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Choix Benzo :  x/j |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROTOCOLE DE DÉTRESSE En cas de dyspnée asphyxiante et de décès imminent** | | | | | | | |
| **Description** | | Date | Dosage | | | | |
| L’objectif est de parvenir à une sédation la plus rapide possible. L’application du protocole de détresse nécessite la présence d’une ou de plusieurs manifestations cliniques (critère 1), associée à un état de panique (critère 2) ou à de l’agitation (critère 3)[[1]](#footnote-1)  **CRITÈRE 1 : Signes suggestifs d’une détresse respiratoire majeure :**   * Gêne respiratoire intolérable et constante au repos * Tachypnée (> 28 respirations/minute) * Attention obnubilée par le besoin d’air * Utilisation des muscles respiratoires accessoires (tirage intercostal et sus claviculaire) * Cyanose * Grognement en fin d’expiration * Battements des ailes du nez * Encombrement bronchique sévère   **CRITÈRE 2 : Associé à état de panique** (anxiété intense, regard effrayé) :   * Yeux écarquillés * Muscles du visage contracturés * Froncement de sourcils * Bouche ouverte * Dents serrées   **CRITÈRE 3 : OU associé à** **une agitation** quasi constante :   * Aucune position confortable * Mouvements fréquents non intentionnels * Agité, combatif | | Par voie sous-cutanée :   * Morphine 5-10 mg sc * Midazolam 5 mg sc (10mg si >70 kg) * Scopolamine 0,5mg sc   Dosage à adapter si :   * non naïf aux opioïdes :   + si prise régulière morphine comprise entre 15 et < 50 mg sc par 24h  10-15 mg sc.   + si prise régulière > 50 mg sc par 24h  25% de la dose journalière sc. * non naïf aux benzodiazépines :   + si BZD 2x/jour  midazolam 10 mg sc.   + si BZD 3x ou plus/jour  midazolam 15mg sc.   Renouveler l’administration du protocole si absence d’amélioration dans les 15-20 minutes, éventuellement en doublant les doses.  Durée d’action : environ 4h.  Soit décès du fait de l’état terminal, soit réveil à son terme et réévaluation de la situation.  En fonction de l’état du patient et du projet thérapeutique, relais éventuel par un protocole de confort ou de sédation. | Morphine SC : mg  Ampoules 10 ou 20 mg dans 1ml.  Midazolam SC : mg  Ampoules de 15mg dans 3ml.  Scopolamine SC : mg  Ampoules de 0,5mg dans 1ml.  Les trois produits peuvent se mélanger dans la même seringue. | | | | |
| **PROTOCOLE DE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE MAINTENUE JUSQU’AU DÉCÈS** | | | | | | |
| **Dates** | | | | | | |
| Administration continue de médicaments sédatifs, visant à diminuer le niveau de conscience d’un patient en fin de vie. L’objectif étant de contrôler un symptôme réfractaire et jugé insupportable par le patient.  3 conditions doivent être présentes :   1. Symptôme réfractaire à tout autre traitement. 2. Décès imminent (heures, jours, maximum une semaine). 3. Consentement du patient (présent ou anticipé) ou de son représentant légal ou, à défaut, consultation collégiale dans le meilleur intérêt du patient | *La voie d’administration* préférée en MRS est la voie SC continue. Les médicaments sont administrés par cette voie sur 24h :   * Une administration via un pousse-seringue est préférée (procuré par les équipes d’accompagnement de 2ème ligne). * Une administration sc via un baxter de 250 ml avec un régulateur de débit (Dialaflow®) est également possible (Recommandations de la SFAP (Société Française d’Accompagnement et de Soins Palliatifs : http://www.sfap.org/actualite/outils-et-ressources-soins-palliatifs-et-covid-19)     *Le sédatif de référence est le midazolam.* D’autres médicaments sont rajoutés si présence d’autres symptômes (morphine pour la douleur et la dyspnée, scopolamine pour l’encombrement, antiémétiques, etc.).  Dans une situation de fin de vie, *l’oxygène et l’hydratation* sont en général interrompus, une *sonde vésicale* est mise en place, une fois la sédation obtenue.  *Exemple de protocole de sédation à administrer en sc continu par 24h dans un contexte de détresse respiratoire secondaire au Covid-19 :*   * Midazolam 60 mg/24h ou **Votre choix : mg/24h** * Morphine 30 mg/24h. Si le patient est sous opioïde, augmenter la posologie de 50 %   ou **Votre choix : mg/24h**   * Scopolamine 1.5 mg/24h **Votre choix : mg/24h**   ***Réévaluer*** le niveau de conscience et de soulagement. En cas de résultat insuffisant :   * Augmenter le débit horaire de 50 à 100 % (max toutes les 60 min). * Entre doses :   + Morphine 10 % dose journalière en cas de dyspnée ou de douleur.   + Midazolam 5 mg en cas de sédation insuffisante.   Scopolamine 0.5 mg en cas d’encombrement. | | |  |  |  |
|  |  |  |

1. [↑](#footnote-ref-1)