

Fiche d'aide à la détermination de l'ambiance de soins

Date :

Nom et prénom du résident : Date de naissance :

Personne de confiance :

Directives anticipées : rédigées non rédigées

Niveau d'ambiance*		Critères correspondants
<input type="checkbox"/>	Non défini	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiance non définie à ce jour.
<input type="checkbox"/>	Ambiance de soins 1	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de limitation de soins. • Prise en charge maximale en termes d'interventions techniques et thérapeutiques.
<input type="checkbox"/>	Ambiance de soins 2	<ul style="list-style-type: none"> • Soins mesurés avec hospitalisation si nécessaire. • Introduction d'une certaine limitation en termes d'explorations, d'interventions techniques et thérapeutiques.
<input type="checkbox"/>	Ambiance de soins 3	<ul style="list-style-type: none"> • Soins en priorité à l'EHPAD. • Traitement des événements intercurrents de préférence au sein de l'EHPAD. A priori, pas de transfert en centre hospitalier.
<input type="checkbox"/>	Ambiance de soins 4	<ul style="list-style-type: none"> • Soins terminaux (ou fin de vie) à l'EHPAD. • Interventions visant exclusivement à traiter la douleur et tout autre symptôme d'inconfort, sans traitement curatif.

** d'après le niveau d'intervention médicale du Collège des Médecins du Québec*

Discussion collégiale avec :

Nom et prénom :

Lien avec la personne :

.....

Signature Date

..... Médecin traitant

..... Médecin coordonnateur

Signature de l'utilisateur ou de son représentant : Date :

Les décisions concernant les ambiances de soins peuvent être révisées à tout moment. Une nouvelle fiche est établie à chaque révision.

Guide d'utilisation à établir au verso de la fiche.

