

Nom du patient:

Formulaire de codage de soins

Planification préalable des soins et restrictions des soins Planification préalable des soins et restrictions des

Nom du patient:

Date de naissance: .. / .. / Numéro de registre national :

Etablissement de soins: (téléphone et personne de contact):

Le patient dispose de: (indiquez)

0 Demande d'euthanasie

0 Déclaration anticipée d'euthanasie

0 Déclaration négative d'intention

0 Intention funéraires

0 Document don d'organes

0 Document don de corps à la science

Nom du médecin généraliste:

Téléphone:

MON REPRESENTANT (Si vous ne désignez pas de représentant, voyez*)

DESIGNATION:

Je soussigné(e), désigne la personne suivante comme mon représentant, dans le cas où je ne pourrais pas exercer moi-même mes droits en qualité de patient:

Nom et prénom:

Adresse:

Numéro de téléphone:

Numéro de registre national:

Etabli à

Date .. / .. /

Ma signature

Acceptation:

.....(nom et prénom), accepte la désignation en qualité de représentant et m'engage à respecter, aux mieux de mes capacités.....(nom et prénom de la personne représentée), dans le respect des déclarations reprises dans le présent document.

Etabli à

Date .. / .. /

Signature du représentant désigné

SI LE PATIENT N'EST PLUS EN MESURE D'EXERCER SES DROITS, VEUILLEZ SUIVRE LA HIERARCHIE DES NORMES JURIDIQUES CI-DESSOUS

* Seulement une personne majeure, capable d'exprimer sa volonté, peut désigner un représentant. Dans la négative, son époux/épouse ou partenaire cohabitant la représentera lorsqu'elle ne sera plus à même d'exercer ses droits (p.ex. état comateux, démence sévère, handicapé mental profond, ...) En cas d'absence d'époux/épouse ou de partenaire cohabitant, un des enfants majeurs peuvent faire office de représentant.

Si cela s'avère être également impossible ou si les personnes indiquées ne veulent pas poser tel acte, alors un des parents peut y consentir. Si cela s'avère aussi être impossible ou si les personnes indiquées se refusent à un tel acte, un des frères ou soeurs majeurs peut y consentir. Si aucun représentant ne peut être trouvé (p.ex. situation d'urgence, tous décédés, ...) ou si aucun des représentants ne peut/veut assumer, ce sera au médecin qu'incombera la décision, au mieux des intérêts du patient.

Si le patient est mineur (moins de 18 ans), ce sera aux parents de représenter l'enfant, sauf si le mineur/la mineure est mentalement assez mature pour évaluer soi-même la nature, les risques et les conséquences de l'intervention: dans ce cas-ci, le mineur/la mineure prendra lui/elle-même la décision.

Nom du représentant selon la hiérarchie des normes juridiques:

Le code 'planification préalable des soins' après l'entretien

Date de l'entretien Jour/mois/ année	Code	Traduction en actions concrètes et en engagements relatives aux différentes disciplines + MOTIVATION
..../..../....		

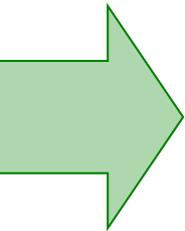
Explication des codes 'planification préalable des soins'

CODE	Objectif	Traitement	Examen	Soins- infirmiers	Kiné/ergo	Alimentation
A.	TOUT FAIRE Prolonger a vie. L'hospitalisation est nécessaire	Complet	Complet	Complets	Complè- tes	Complète
B.	Maintien des fonctions L'hospitalisatio est requis, forte préférence à domicile, maison de retraite	Rétablis- sement macimal, charge minimale	Examens limités à l' hôpital	complets	complètes	complète
C.	Soins de confort Aucune hospital- isation plus souhaita- ble, soins permanents à domicile, maison de retraite	Porté sur les soins de confort	Aucun, ou à titre, excep- tionnel, vi- sant une améliorati- on du con- fort	Confort	Confort	Confort

Nom du patient:

Code 'restrictions de soins' après l'entretien

Code (restrictions de soins) - à n'attribuer que par un médecin	SIGNATURE du médecin traitant + DATE (jour/mois/année) + CACHET	Concertation interlocuteurs Complétez: NOM + QUALITE (patient, représentant, médecin traitant) SIGNATURE
/..../....	



Explication des codes 'restrictions de soins'

0	- La thérapie actuelle est maintenue et, le cas échéant, adaptée à la maladie du patient. - En cas d'arrêt circulatoire ou d'apnée, le patient doit être réanimé et l'intervention du SMUR peut être sollicitée.
1	- En cas d'arrêt circulatoire ou d'apnée, on ne prendra pas de mesures de reanimation. PAS DE SMUR. - Le médecin traitant définira toute autre thérapie.
2	PAS D'EXTENSION DE THERAPIE - En cas d'arrêt circulatoire ou d'apnée, on ne prendra pas de mesures de reanimation. PAS DE SMUR. - PAS D'ADMINISTRATION NI D'EXTENSION DE: antibiotiques, cardiotoniques/inotropes – diurétiques – administration de nourriture ou de fluide par voie orale – administration artificielle de nourriture/fluide – autres:
3	DIMINUTION PROGRESSIVE DE LA THERAPIE En cas d'arrêt circulatoire ou d'apnée, on ne prendra pas de mesures de reanimation. PAS DE SMUR.THERAPIE DE CONFORT SEULEMENT

Nom du patient:

Personnes à contacter/parents:

.....Téléphone:

.....Téléphone:

.....Téléphone:

.....Téléphone:

POINTS A OBSERVER en sortie de l'hôpital après l'entretien avec le patient/représentant

Date: .. / .. /

.....
.....
.....

Veillez remettre une copie au patient lors de sa sortie de l'hôpital, pour qu'il puisse discuter avec son médecin traitant des avis et recommandations relatifs aux soins et traitements.

ANNULATION: Date: ../../..

Les soussignés déclarent que le present document est annulé dans son intégralité. Un nouveau document sera rédigé en cas d'annulation et en cas d'attribution de nouvelles codes relatives aux planification préalable des soins et restriction de soins.

SOIT annulation par le patient:

Nom du patient.....Signature.....

SOIT annulation par le médecin traitant:

Nom du patient.....Signature.....

Nom du médecin:Signature du médecin:

DEROGATION EXCEPTIONNELLE DU CODAGE DE SOINS: Date: .. / .. /

Le soussigné médecin déclare déroger du codage de soins, arrêtés dans ce document, en raison de circonstances exceptionnelles. Ces circonstances sont motivées ci-après.

Motivation:.....

Nom du médecin: Signature du médecin: