

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

SOUHAITS ET VOLONTÉS SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE

Consignes : Se référer au document « [Phrases facilitant la communication en soins palliatifs](#) »

Utiliser le génogramme et l'écocarte.

Date aaaa/mm/jj	PRÉFÉRENCES/PRÉOCCUPATIONS (douleur non soulagée, n'aime pas se faire toucher, etc.)	Initiales
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Date aaaa/mm/jj	SOUHAITS/VOLONTÉS (présence/absence de visiteurs, animal de compagnie, Intimité/Relations intimes, etc.)	Initiales
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Date aaaa/mm/jj	CROYANCES/ RITUELS SPIRITUELLES OU RELIGIEUSES (lecture de prières, cérémonies, préparation du corps, etc.)	Initiales
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Date aaaa/mm/jj	PETITS PLAISIRS (musique, crème glacée, massage, etc.)	Initiales
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Nom, prénom :

#Dossier : []

Date aaaa/mm/jj	INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES FAVORISANT L'ACCOMPAGNEMENT (situation éthique, dynamique familiale, etc.)	Initiales
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

PROCHES		
Date aaaa/mm/jj	PRÉOCCUPATIONS, SOUTIEN ET IMPLICATION (inconforts, présence lors du décès, etc.)	Initiales
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Date aaaa/mm/jj	CHANGEMENT D'ÉTAT ET AU MOMENT DU DÉCÈS (Quand et qui appeler, entreprise de services funéraires, etc.)	Initiales
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Date aaaa/mm/jj	INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES FAVORISANT L'ACCOMPAGNEMENT (situation éthique, dynamique familiale, etc.)	Initiales
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Date aaaa/mm/jj	NOTES COMPLÉMENTAIRES	Initiales
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales