

## 1. RAPPEL DES OBJECTIFS DU DISPOSITIF

L'évaluation anticipée est réalisée par l'HAD pour des résidents en ESMS dont l'état de santé est susceptible de se dégrader à courte échéance (<3 mois)

|   |  |
|---|--|
| Date de repérage ou d'appel : ___/___/20___<br>Relevée par : _____<br>EHPAD : _____ | <b>ETIQUETTE ou IDENTITE PATIENT</b><br>NOM USUEL : _____<br>PRENOM USUEL : _____<br>NOM DE NAISSANCE : _____<br>DATE DE NAISSANCE : ___/___/___ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M<br>Date d'entrée en EHPAD : ___/___/___ |
|---|--|

## 2. REPERAGE DES PATIENTS EN LIEN AVEC L'ESMS /PRE-REQUIS

- Si demande par professionnel d'ESMS (Nom et fonction) : \_\_\_\_\_

➤ Le médecin traitant a-t-il été informé de la demande ?  Oui  Non

➤ A-t-il validé la demande ?  Oui  Non

**Si au moins une réponse négative demande non recevable en l'état à retravailler avec médecin traitant**

- Demande par médecin traitant :  Oui  Non

- Une décision médicale (après démarche collégiale) a été prise et renseignée dans le dossier médical en faveur d'une prise en charge des symptômes à l'ESMS pour toute nouvelle décompensation :

Oui  Non

- Résident exprimant le souhait de ne pas ou plus être hospitalisé ?  Oui  Non  Recueil impossible

➤ Si recueil impossible :

▪ La personne de confiance ou l'entourage a-t-il été informé(e) de la décision médicale ?  Oui  Non

▪ La personne de confiance ou l'entourage a-t-il donné son accord pour une E/A ?  Oui  Non

**Si au moins une réponse négative demande non recevable en l'état à retravailler avec le patient ou l'entourage**

- Le médecin coordonnateur de l'ESMS a été informé ?  Oui  Non (non-bloquant pour la demande)

- La personne de confiance ou l'entourage a été informé ?  Oui  Non (non-bloquant pour la demande)

## 3. PRE-EVALUATION/ORIENTATION DU RESIDENT

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Présente un risque d'aggravation clinique (cardiaque, rénale, respiratoire, neurologique...)                                   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Est atteint d'un cancer évolutif en abstention thérapeutique spécifique  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Présente des prises alimentaires ou des thérapeutiques orales fluctuantes (ATG- psychotropes-diurétiques-anti-épileptiques...) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Présente un état polypathologique décompensé avec risque d'évolution rapide < 3 mois vers un décès                             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

**1 réponse positive : patient possiblement éligible à une évaluation anticipée**

## 4. CREATION DU DOSSIER D'EVALUATION ANTICIPEE (RESERVE HAD)

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

- Remplir la DE selon le secteur
- Création IPP
- Récupération :
  - DLU
  - Derniers CR hospitaliers médicaux
  - Ordonnances en cours
  - Professionnels paramédicaux intervenant à l'ESMS/PEC HAD
    - Idel, kiné, pharmacie, prestataires
- Transmettre la demande
  - Idec inter ESMS
  - Med co référent ESMS / med co de secteur
- Prévoir date d'évaluation anticipée avec ESMS/ résident/entourage

Commentaires :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---