

« Fiche d'aide à la graduation des soins et à l'orientation d'un patient âgé vivant en EHPAD en cas d'événement médical aigu grave (applicable COVID-19) »

PARTIE 1 : PROCÉDURE LÉGALE

Ce document synthétise la réflexion de projet de soins de **M, Mme** né le

Il est élaboré sous la responsabilité d'un médecin thésé, le **Dr.....**

Ce document constitue une aide pour les soignants et médecins de garde, quant à la conduite à tenir en cas d'événement aigu. La volonté du patient doit être respectée au mieux. **Le médecin de garde reste juge de ses décisions face à la situation qui se présente.**

Une réévaluation régulière est indispensable.

Si le patient est apte à exprimer sa volonté, l'avis du patient est recueilli. Les directives anticipées et le témoignage de la personne de confiance ne doivent pas être consultés.

Si le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté :

- s'il existe des directives anticipées cohérentes avec la situation, le médecin doit les appliquer. Leur contenu prime alors sur les avis et témoignages.
- si les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, le médecin doit mettre en œuvre une **procédure collégiale*** pour décider ne pas les appliquer.
- en l'absence de directives anticipées, une **procédure collégiale*** s'impose lorsque le médecin envisage de limiter ou d'arrêter un traitement au titre du refus de l'obstination déraisonnable.

* La procédure collégiale implique l'examen de la situation au regard des critères médicaux en concertation avec les membres présents de l'équipe de soins qui prend en charge le patient, si elle existe, et le recueil de l'avis motivé d'un médecin consultant (loi n° 2016-87 du 2-02-2016 et décret n° 2016-1066 du 3 août 2016).

VOLONTÉ DU PATIENT :

Y a-t-il des **directives anticipées** oui non Y a-t-il une **personne de confiance** oui non

| Patient apte à exprimer sa volonté | Patient non apte à exprimer sa volonté |
|---|--|
| Information éclairée sur situation et projet médical : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Quelles sont ses volontés concernant le projet thérapeutique : | Y a-t-il des directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Procédure collégiale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Quel est le témoignage de la volonté du patient par sa personne de confiance, ou à défaut par sa famille ou ses proches : |

PARTIE 2 : CRITÈRES PRONOSTIQUES

Comorbidités principales (pathologies chroniques, sévérité) :

Evolution récente du statut fonctionnel :

| ADL** | Toilette | Habillage | Contenance | WC | Locomotion | Alimentation | |
|------------|----------|-----------|------------|----|------------|--------------|----|
| Score J-15 | | | | | | | /6 |
| Score M-1 | | | | | | | /6 |

Absence d'aide : 1 point ; Aide partielle : 0.5 point ; Aide complète : 0 point.

| | |
|--------------------------|----|
| IADL** Score J-15 | /8 |
|--------------------------|----|

Statut nutritionnel : Perte de poids sur les 3 derniers mois : < 3 kg > 3 kg
 Pas de dénutrition Dénutrition modérée Dénutrition sévère

Critères pronostiques gériatriques à considérer pour une aide à l'orientation en réanimation :

| | Oui | Non |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dépendance (ADL < 5/6) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malnutrition sévère | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie chronique sévère | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Polypathologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En l'absence d'informations accessibles, le doute doit bénéficier au patient et une réanimation d'attente doit être mise en place en attendant une réévaluation précoce.

En cas de décision de non transfert en réanimation, des soins appropriés doivent être apportés, sans âgisme ni obstination déraisonnable.

**PARTIE 3 : DONNÉES POUR AIDE À LA DÉCISION DU MÉDECIN DE GARDE
QUI RESTE JUGE DE SES DÉCISIONS
EN CAS D'AGGRAVATION DU PATIENT**

| | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| | 1 ^{ère} évaluation Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | 2 ^{ème} évaluation Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | 3 ^{ème} évaluation Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | 4 ^{ème} évaluation Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | |
| Médecin responsable <i>nom et signature</i> | Dr | | Dr | | Dr | | Dr | |
| En cas de procédure collégiale, médecin consultant | | | | | | | | |
| PROPOSITIONS MÉDICALES | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON |
| Débuter une réanimation cardio-pulmonaire en cas d'ACR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfert à l'HÔPITAL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maintien du patient à l'EHPAD pour prise en charge médicale sur site malgré la présence de critères d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maintien du patient à l'EHPAD pour des soins palliatifs de fin de vie en lien avec les équipes ressources (HAD, réseaux de soins palliatifs...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

** Grille d'évaluation de l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne de Katz, Activities of Daily Living (ADL). Référence : Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of the illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 21: 914-9.
*** Grille d'évaluation des activités instrumentales de la vie quotidienne de Lawton, Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Référence : Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9:179-86