



FICHE DE TÉLÉRÉGULATION SAMU07-EHPAD

Réf : **CH-PEC-EHPAD-F004**Version : **02**

Date d'application :

01-09-2022

Page 2/2

**Pour faciliter la production des informations par vos agents d'EHPAD, solliciter votre prestataire logiciel DPI pour une requête spécifique*

Date :/...../..... heure de saisie :h.....	Résidence :
Identité :	Fonction : <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre :
Téléphone service :	Téléphone astreinte :

Motif d'appel au 15 :

.....

.....

.....

Résident : Nom d'usage – Prénom : Âge-date de naissance : Médecin traitant : Consentement du résident pour la télé-régulation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP	Personne de confiance ou référent familial : Nom d'usage – Prénom : Tél fixe : Tél portable : Accepte d'être dérangé la nuit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Conscience EVA : <input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Altéré <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Agité/Confus	Cardio : Tension bras droit : Tension bras gauche : Pouls :	Respiration : <input type="checkbox"/> Saturation : <input type="checkbox"/> Fréq.Resp : <input type="checkbox"/> Signe de lutte <input type="checkbox"/> Signe de détresse respiratoire	Dextro : Température : / Poids :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

Directives Anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Soins palliatifs : <input type="checkbox"/> Tout soin <input type="checkbox"/> Cas par cas <input type="checkbox"/> Soins de confort uniquement Niveau AGIR : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Soins palliatifs/BMR : <input type="checkbox"/> En soins palliatifs <input type="checkbox"/> BMR Handicap/Déficits : <input type="checkbox"/> Visuel <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Langage Test COVID : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas connu
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Avis de l'équipe relatif à l'hospitalisation

Hospitalisation souhaitable

Hospitalisation non souhaitable

Pathologies en cours / Antécédents personnels / Allergies :

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....