

Date de dernière mise à jour :

Patient

Nom d'usage, prénom

Nom de naissance

Date de naissance

Etablissement de santé référent et médecin oncologue du patient : *(nom, adresse, tel., fax, email)*

.....
.....

Contacts pour le médecin urgentiste

Heures ouvrables (en journée) Tel.

En dehors des heures ouvrables (24/24) Tel astreinte :

Ou autre numéro, précisez :

Référent de l'entourage

Nom, prénom

Lien de parenté

Tel.

Protection juridique

- Tutelle
- Curatelle
- Sauvegarde

Nom du mandataire judiciaire

.....

Tel.

Médecin traitant

Nom

Tel.

Etablissement(s) de santé avec SAU à privilégier en cas d'urgence

Etablissement N°1 *(nom,*
adresse, tel.)

Etablissement N°2 *(nom,*
adresse, tel.)

Pathologies en cours :

Antécédents personnels notables :

Allergies :

Traitements en cours :

.....

.....

Chimiothérapie ou immunothérapie en cours :

Si oui, précisez lesquelles :

.....

Personne de confiance

Nom, tél.

Lien de parenté

Directives anticipées

Oui , si oui disponibles ?

Non

Gestion des risques :

BMR (portage par le patient d'une bactérie multi résistante)

Vaccins à jour :

Commentaires :

Check-list des documents annexés au DLU :

- Attestation de la carte vitale
- Attestation mutuelle
- Photocopie de la carte d'identité
- Photocopie des directives anticipées
- Photocopies des ordonnances en cours
- Tableau d'administration des médicaments
- Résultats récents de biologie (1 à 3 mois)
- Compte rendu de la dernière hospitalisation

Au besoin :

Fiche BMR

Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition etc)