



Telefon 01 - 384 2111

Briefadresse:
Postfach 68
CH-8029 Zürich 8

Zürich,
Lenggstrasse 31

Todesfall M. Alain Urban, Beantwortung der Fragen von
Me De Dardel vom 14.3.1983

- 1) Quelles constatations cliniques exactes vous permettent de poser le diagnostic de "catatonie maligne" au moment où la cure de sommeil a été ordonnée? quel était donc à ce moment le niveau de température du patient? sa tension artérielle? quels dysfonctionnements métaboliques et neurovégétatifs, comme le dit l'expertise, ont été constatés?
- Aus dem Gutachten Seite 18 oben geht hervor, dass am 19.6.1980, als Professor Tissot eine "cure de sommeil" anordnete, noch keine sogenannte perniziöse Katatonie bestand. Es bestand damals noch kein Fieber, kein erhöhter Blutdruck und kein Anzeichen beginnenden Wundliegens, wie sie auf Seite 9 als charakteristisch für die voll ausgebildete lebensbedrohliche Katatonie erwähnt werden. Das Gutachten behauptet auch nirgends, dass zu Beginn der "Schlafkur" dieses schwere Zustandsbild schon ausgeprägt vorhanden war. Vielmehr ging es im damaligen Zeitpunkt und von damals her gesehen darum, einem nach dem bisherigen Krankheitsverlauf zu erwartenden Rückfall des Kranken in die schweren, wahnhaften Erregungszustände, wie sie im Gutachten beschrieben sind, durch eine konsequentere und intensivere Medikation vorzubeugen - ein Versuch, der damals adäquat erscheinen musste.

- 2) Comment pouvez vous prétendre que, le 19 Juin 1980, il y avait catatonie maligne avec danger vital, alors que vous constatez, sous chiffre 3.3. de votre rapport: "le 19 juin, il eut la visite du professeur Tissot qui pose le diagnostic de schizophrénie probable. Précisément, le malade se portait mieux, il se nourrissait et était à peu près capable de dialoguer."?

Autrement dit, comment pouvez vous discerner un danger vital au moment même où l'on constate une amélioration de l'état du patient et qu'apparemment Alain Urban ne souffrait ni de fièvre ni d'hypertension (symptômes indispensables de votre "catatonie maligne")?

- Vergleiche das oben gesagte. Die genaue Uebersetzung des zitierten Gutachten-Satzes vor dem ersten Fragezeichen lautet allerdings: "A ce moment, le malade se portait un peu mieux". Wenn auch keine unmittelbare organische Lebensgefahr sichtbar war, so musste auf Grund des bisherigen labilen Verlaufes doch angenommen werden, dass mit Rückfällen in die schwere Erregung zu rechnen war. Diese Erregung war schon an sich nicht ungefährlich: 1973 hatte der Kranke an Stimmen gelitten, die ihn zum Suizid aufforderten, 1980 hatte er in der Verwirrung Gras gegessen. Ausserdem bedeuteten die Erregungszustände für den Kranken immerhin ein erhebliches Leiden, das man mildern wollte. Hätte Prof. Tissot nochmals zugewartet, bis der Kranke wieder schwerer erregt gewesen wäre, hätte man ihm vorwerfen können, den günstigen Zeitpunkt verpasst zu haben, zu dem das Einverständnis des Kranken mit der Kur vielleicht zu erreichen gewesen wäre. Diese Ueberlegung zeigt, dass die Indikation zur Schlaf- bzw. Dämmerkur innerhalb des vernünftigen ärztlichen Ermessensspielraumes erfolgt ist.

- 3) Admettez-vous que beaucoup d'auteurs ont complètement abandonné le diagnostic de "catatonie maligne" et qu'il n'a jamais été prouvé qu'un état psychique grave entraînait des disfonctions métaboliques et neuro-végétatives avec fièvre et hypertension, complications qui peuvent avoir d'autres origines que l'atteinte psychique elle-même?

Lorsqu'une surveillance appropriée est utilisée, quelles sont exactement, selon vous, les causes de mortalité de la "catatonie maligne"?

- Die erste der beiden Fragen unter 3) ist sehr kompliziert aufgebaut. Zunächst trifft es zu, dass viele Autoren den Begriff der "perniziösen Katatonie" nicht oder kaum mehr verwenden. Die Gründe dafür sind im Gutachten dargelegt. Im Übrigen gibt es natürlich psychische Störungen, die körperliche Symptome verursachen, sei es direkt oder auf dem Wege über andere, sogenannte "interkurrente" körperliche Komplikationen. Indessen kann ich keinen Zusammenhang dieser Frage mit der Frage nach Kunstfehlern erkennen. Ob man einen bestimmten gefährlichen Zustand als "perniziöse Katatonie" bezeichnet oder anders, ist nicht ausschlaggebend.

Die Todesursachen der perniziösen Katatonie sind bis heute in wesentlichen Bereichen ungeklärt. Ich verweise in diesem Zusammenhang nochmals auf die Arbeit von H. Häfner und F. Kasper: Akute lebensbedrohliche Katatonie. Nervenarzt 53, 385 - 394 (1982). Indessen ist mir auch hier der Zusammenhang mit der Kunstfehler-Frage unklar. (Ein sog. "malignes neuro-epileptisches Syndrom" lag nicht vor, weil kein erhöhter Spannungszustand der Muskulatur vorlag: der Kranke blieb fähig sich frei zu bewegen, zu essen etc.)

- 4) Quelles constatations sur l'état du patient ont été faites la veille de la décision de cure de sommeil, soit le 18 juin 1980, dans le dossier médical ou dans le dossier infirmier?
- Ich verweise diesbezüglich auf die Originalkrankengeschichte, die mir nicht mehr zur Verfügung steht. Bei der Lektüre der Krankengeschichte und der Pflegeberichte habe ich seinerzeit keine Eintragungen gefunden, die eine Kontraindikation gegen eine "Schlafkur" (d.h. faktisch eine Dämmerkur, vergl. die Definitionen des Gutachtens) nahegelegt hätten.
- 5) Les analyses sanguines, ordonnées le 23 juin 1980, par le Dr COURTEHEUSE, ne mettaient-elles pas en évidence un début d'infection éventuel, du fait de la constatation: 12'000 leucocytes par mmc, dont 26% de neutrophiles non segmentés?

- Auf Seite 20, im 2. Absatz ist festgehalten, dass sich trotz der erhöhten Leukozytenwerte und der übrigen Blutbildbefunde die Temperatur ohne Antibiotika spontan normalisierte. Dies sprach gegen einen Infekt, der eine antibiotische Behandlung oder den Abbruch der Medikation erfordert hätte. (Dass ein solcher Abbruch seinerseits Gefahren erzeugt hätte, wird im Gutachten mehrfach dargestellt.)

6) Ne vous est-il pas venu à l'esprit que l'"agitation motrice" d'Alain Urban, pendant les premiers jours de son hospitalisation, était une résistance à son isolement en cellule, qu'il ressentait comme un mauvais traitement?

Ne vous est-il pas venu à l'esprit que la lutte opposée par Alain Urban aux effets des médicaments, qui devait l'amener dans un état "crépusculaire", était le signe d'une résistance à ce qu'Alain Urban considérait comme un mauvais traitement?

Est-ce que la résistance à un mauvais traitement est un indice de maladie mentale?

- Im Gutachten ist ausführlich beschrieben, dass und wie sich der Patient gegen die Hospitalisierung und die Behandlung wehrte. Auf Seite 14 wird geschildert, dass dies bei ihm schon anlässlich der Hospitalisierung im Jahre 1972 der Fall war, und zwar andauernd bis zur Entlassung. Auch 1980 wurde er gegen seinen Willen eingewiesen (Seite 16) und er wehrte sich nicht nur gegen die Isolierung sondern auch gegen das Einschlafen unter der Medikation (z.B. Seite 19). Ueber die Abweisung seines Entlassungsbegehrens durch den Vertreter des "conseil de surveillance psychiatrique" war er enttäuscht. Die Auflehnung des Kranken war den Gutachtern also nicht nur klar, sondern sie wurde von ihnen im Gutachten auch beschrieben. Auch eine schwere psychische Erkrankung schliesst keineswegs aus, dass der Kranke auch verständliche und einfühlbare Gedanken und Gefühle äusserte.

Nach jeder Hospitalisierung eines wahnkranken Patienten kann seine Auflehnung gegen die Behandlung als Reaktion gegen die Zwangsmassnahme aufgefasst werden. Die Gründe,

die laut Gutachten indessen für die Hospitalisierung und gegen die Gutheissung des Entlassungsbegehrens sprachen, sollen hier nicht nochmals aufgezählt werden. Es ist gut möglich, dass eine sofortige Entlassung den Patienten für kurze Zeit beruhigt hätte - dies freilich um den Preis unberechenbarer weiterer Zwischenfälle und der fast sicheren Rehospitalisierung. Die Verantwortung für die Zwischenfälle infolge leichtfertiger Entlassung hätte die Klinik zu tragen gehabt. Denn es fehlen in der Krankengeschichte Hinweise dafür, dass Angehörige, Freunde oder Bekannte sich jemals ernsthaft anerbieten hätte, den Kranken zu sich nach Hause zu nehmen und ihn dort zu betreuen. Selbstverständlich wäre ihnen dies auch nicht zuzumuten gewesen. Das Fehlen solcher Anträge zur Heimnahme zeigt aber, dass auch den Laien der Zustand des Patienten als sehr krank, als gefährlich und als unzumutbar für seine Umgebung erschien.

Die letzte der Fragen unter 6) setzt voraus, dass die Behandlung des Patienten schlecht gewesen sei. Da eben dies nach der Meinung der Gutachter nicht zutrifft, kann die Frage nicht beantwortet werden.

- 7) Quels degrés de température ont été constatés du 19 juin 1980 au 29 juin 1980?

Prière d'indiquer la date et l'heure de chaque constat.

- Auch hierfür ist die Originalkrankengeschichte notwendig, die mir nicht mehr zur Verfügung steht.

- 8) Est-il vraiment admissible, selon les règles de l'art, qu'une cure de sommeil soit initiée, le 19 juin 1980, sans aucun examen clinique complet du patient? Ne devez-vous pas admettre qu'un tel examen était possible, puisqu'Alain Urban était calme et que d'ailleurs il n'a pas opposé de résistance à la prise des médicaments le 19 juin 1980?

Es fragt sich hier, was "complet" heisst. Im Gutachten

wird hierzu auf den Seiten 26 und 40 Stellung genommen. Es wird dort auch ausgeführt, dass der Patient wahrscheinlich ein Elektrokardiogramm früher oder später hätte durchführen lassen, da er ja auch für ein Brust-Röntgenbild stillgehalten hat. Es wird aber hier und auf Seite 27 auch auf die Gründe hingewiesen, die den Verzicht auf ein Elektrokardiogramm rechtfertigen. Die Klinikärzte haben den vernünftigen Ermessensspielraum bei der Anordnung diagnostischer Massnahmen nicht unterschritten.

- 9) Sous chiffre 5.2.1. de votre rapport, vous indiquez que le rapport du Dr HECHMATI, sur la radiographie faite le 23 juin 1980, date du 30 juin 1980, soit une date ultérieure au décès. La radiographie a-t-elle été examinée le 23 juin 1980 par le Dr COURTEHEUSE? Cela ressort-il du dossier médical? La Dresse COURTEHEUSE vous l'a-t-elle affirmé?

- Die Frage ist an den Internisten gerichtet.

- 10) Vous dites en substance: si, le 23 juin 1980, on avait interrompu la cure de sommeil, Alain Urban serait mort des suites de sa "catatonie maligne", soit d'une agitation psycho-motrice incoercible.

Comment pouvez-vous l'affirmer, alors qu'il ne ressort pas de votre rapport que le patient était agité les 22 et 23 juin?

- Der Einleitungssatz zu dieser Frage gibt den Gutachten-text nicht exakt wieder. Es wird dort keineswegs als sicher behauptet, dass der Patient ohne Schlafkur gestorben wäre. Der entsprechende Satz auf Seite 26 unten lautet vielmehr: "Dies (das Absetzen der Neuroleptika) hätte andauernde Isolierung in schwerster Erregung und damit eine beschleunigte letale Entgleisung der akuten Katatonie bedeuten können".

Die anschliessende Frage nimmt Bezug auf den wellenförmigen Verlauf der gefährlichen Erscheinungen wie Fieber und Blutdruckerhöhung. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass

dauernd vorhanden sein müssen.

Diese wie zahlreiche andere Fragen sind aus der nachträglichen Sicht des Kommentators gestellt, der bereits weiss, dass der Kranke unter der Medikation gestorben ist. Die Aerzte wussten das aber noch nicht. Sie mussten der Auffassung sein, dass ihre Medikation für den Kranken das kleinere Uebel und die kleinere Gefahr bedeute im Vergleich zur medikamentfreien Behandlung.

11) Les exemples de dosage extrêmement élevés de neuroleptiques, que vous citez sous chiffre 5.3.5.

(3ème paragraphe), ne concernent-ils pas des cures où un seul médicament est administré (et non une association de médicaments)? Le travail d'ANGST en 1974 (cf votre chiffre 5.3.5, 4ème paragraphe) indique-t-il les doses maxima pour les médicaments pris seuls ou pris en association?

- Auf Seite 32 des Gutachtens steht, dass die von J. Angst zitierten Höchstdosen der Neuroleptika die kürmässige Medikation betreffen. Der Ausdruck "kurmässig" bezieht sich auf Situationen ausserhalb von Notfallzuständen. Auf der selben Seite werden sehr hohe Dosen zitiert, die übrigens von den Autoren ebenfalls sogar ausserhalb von akuten Notsituationen angewendet wurden. Zählt man an jedem einzelnen Tag alle Neuroleptikadosen zusammen und vergleicht die Aequivalente der so erhaltenen Werte mit den hohen in der Literatur (vor allem bei therapieresistenten Fällen) empfohlenen Dosen von Dapotum D bzw. Haloperidol, so erreichen die im vorliegenden Fall angewendeten Gesamtdosen an keinem Tag die Werte jener 10- bis 20-fachen Normaldosen. Das heisst selbstverständlich nicht, dass so hohe Dosen "normal" seien und im klinischen Alltag häufig gegeben würden. Im vorliegenden Fall war aber auch die Therapieresistenz des Kranken eine abnormale.

Hier wie bei anderen Fragen ist beizufügen, dass die Dosen nicht starr, sondern flexibel, d.h. dem momentanen Zustand des Kranken "nachgehend" verordnet wurden. Auf Seite 33 wird auch begründet, warum es sich hierbei nicht um eine

fehlerhafte Ueberkombination der Medikamente handelte.

12) Les doses utilisées pour chacun des médicaments, dans le cas d'Alain Urban, ne sont-elles pas proches de la limite maximum prévue pour chaque médicament utilisé seul? En cas d'association de plusieurs médicaments, la règle ne veut-elle pas que chacun des composés de l'association ne soit pas utilisé à une dose proche de la limite supérieure? L'utilisation du TUINAL est-elle usuelle dans ce genre de traitement? Quels sont les risques de l'utilisation à haute dose de ce médicament, notamment en combinaison avec les autres médicaments utilisés?

- Zu den beiden ersten Fragen unter dieser Nummer vergleiche oben. Die Anwendung von Tuinal wird auf den Seiten 32 und 33 des Gutachtens besprochen. Da auch dieses Mittel "nachgehend" verordnet wurde (vergl. auch Seite 28 unten), liegt hier ebenfalls kein Kunstfehler vor. Dass es sich nicht um eine "gewöhnliche" Dosierung handeln konnte, folgt wiederum aus der ungewöhnlichen Therapiersistenz des Kranken. Es kam aber beim Patienten nie zu einer verlängerten Schlafdauer, geschweige denn zum unweckbaren Schlaf oder zum Koma. - Das verlängerte Koma gilt in der psychiatrischen Klinik als die Hauptgefahr bei der massiven Medikation von Barbituraten.

13) Pourquoi donc votre expertise, en ce qui concerne les dosages de médicaments, ne s'en réfère-t-elle pas aux taux de médicaments, mesurés dans les Tissus, lors de l'autopsie? N'y-at-il aucune constatation à faire à ce sujet, en faveur ou en défaveur d'un surdosage éventuel de médicaments?

- Diese Frage scheint sich an den Pharmakologen, ev. an den Internisten zu richten.

14) Vous indiquez que les cures de sommeil, au cours

desquelles les barbituriques jouent le rôle principal ne sont plus que rarement utilisées? Pourquoi? à cause du danger éventuellement mortel d'une telle thérapeutique?

- Hier ist nochmals auf den im Gutachten ausführlichen erklärten Unterschied zwischen der eigentlichen Schlafkur und der Dämmerkur hinzuweisen (Seite 8). Gefährlich sind nicht die Barbiturate an sich, sondern der Dauerschlaf, wie er in der ursprünglichen Schlafkur (nach Klaesi) angestrebt wurde. Es wurde damals eben nicht im heutigen Sinne "nachgehend" dosiert; man wartete nicht wie heute laufend das Erwachen des Patienten und seine Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme ab, sondern man narkotisierte den Kranken während Tagen und ernährte ihn künstlich. - Die Situation der Aerzte in Bel Air war eine grundsätzlich andere: Sie suchten das geringste Uebel zwischen den beiden Gefahren der ungebremsten Erregung und der toxischen Nebenwirkung. Nachdem wir wissen, dass Alain Urban gestorben ist, verspüren wir als rückblickende Beobachter den Impuls, die Medikation um jeden Preis zu stoppen. Dies ist die Reaktion eines jeden Beobachters nach dem Unglück. Vorher hätten wir keine Ursache gehabt uns sicherer zu fühlen als die damaligen Aerzte.

- 15) Sous chiffre 5.4.2 de votre rapport, vous indiquez que vous avez l'impression qu'une attention patiente du personnel soignant "arrivait à détendre et à calmer quelque peu le malade exité" et qu'il "existe de bonnes raisons de croire que l'attention personnelle portée à un malade atteint de catatonie maligne peut contribuer à le sauver".

S'agissant d'un malade en danger imminent de mort (selon vous), n'était-il pas du devoir du personnel soignant d'assurer une attention personnelle quasi permanente, quelles que soient les difficultés inhérentes au manque de personnel (manque que vous estimez d'ailleurs relatif)?

En affirmant que l'"attention personnelle" des soignants peut contribuer à sauver un patient

atteint de catatonie maligne, n'admettez-vous pas implicitement qu'une "attention personnelle" supplémentaire aurait permis d'échapper le cas échéant au dilemme cure de sommeil-isolement sans médicament que vous affirmez sous chiffre 5.3.4.?

- Um dem Pflegerpersonal eine Pflichtversäumnis oder auch nur eine Einseitigkeit in der Pflegeintensität zu Ungunsten von Alain Urban nachweisen zu können, müsste man den pflegerischen Arbeitsanfall der betreffenden Abteilung von Stunde zu Stunde und von Tag zu Tag überblicken können. Aus der Krankengeschichte geht aber bloss hervor, dass der Patient im Rahmen des für psychiatrische Kliniken allgemein üblichen sorgfältig und mit persönlicher Zuwendung gepflegt worden ist. Psychiatrische Kliniken können ihre Kranken nur so intensiv pflegen, wie es ihre bewilligten Planstellen zulassen. Es ist gut möglich, dass bei anderen Patienten der Abteilung Missstände oder Gefahren eingetreten wären, wenn diese anderen Patienten zu Gunsten von Alain Urban weniger intensiv betreut worden wären. Auch hier stehen wir wieder als nachträgliche Kommentatoren unter dem Eindruck des erfolgten Todesfalles und wir fragen uns, ob alles zur Verhinderung dieses Unglücks getan worden ist. Wir vermögen aber nicht einmal genau zu sagen, was "alles" heisst und ob dieses "alles" tatsächlich im vorliegenden Fall lebensrettend gewesen wäre. Dies bedeutet keinen Widerspruch zur Feststellung auf Seite 35, "dass persönliche Zuwendung bei perniziös katatonen Kranken zur Lebensrettung beitragen kann". - Es entspricht dem normalen menschlichem Mitgefühl, dass man nach jedem Todesfall daran zweifelt, dass man alles für den Verstorbenen getan habe - aber dieses Mitgefühl allein begründet noch keine Beschuldigung Dritter.

- 16) Y-a-t-il eu un contrôle de la tension artérielle, de la température et du pouls le 29 juin à 3 H 30 du matin? et, si oui, quels niveaux ont été constatés?

Un tel contrôle était-il prévu par les ordres des

médecins? Un tel contrôle était-il prévu par le règlement des cures du sommeil, dont parle le professeur TISSOT (cf chiffre 5.4.2. de votre rapport, 3ème paragraphe)?

S'il n'y a pas eu de contrôle de la tension, de la température et du pouls, le 29 juin 1980 à 3 H 30, à quel jour et à quelle heure remonte le dernier contrôle infirmier et quels niveaux de tension, de température et de pouls ont été alors constatés?

- Wie auf Seite 21 ausgeführt wird, hörte die Nachtwache den Kranken um 03.30 des 29. Juni 1980 ruhig atmen und sah, dass er schlief. Deshalb verzichtete sie mit Recht darauf, ihm die Reserve-Medikation zu verabreichen - und folglich auch darauf, seine Temperatur und seinen Blutdruck zu messen. Von einem verlängerten Schlafzustand oder gar einem verlängerten Koma konnte ja keine Rede sein, nachdem der Kranke noch vor wenigen Stunden, nämlich um 22.30, so wach gewesen war, dass er die Medikamente hatte einnehmen können (noch um 22.00 war er erregt gewesen).

Die letzte Frage zu diesem Punkt kann ich ohne die Originalkrankengeschichte nochmals einzusehen nicht beantworten.

- II - J'observe une divergence complète de vues, sur les causes de la mort d'Alain Urban, entre les experts (troubles cardiaques dûs aux neuroleptiques) et les auteurs du rapport d'autopsie (bronchopneumonie).

Cette divergence est de la plus haute importance.

Je demande en conséquence que le rapport d'expertise soit soumis au professeur BERNHEIM et au Docteur FRYCK, en leur demandant de formuler leurs observations.

Il va sans dire que les dossiers médical et infirmier doivent être délivrés aux auteurs du rapport d'autopsie, pour leur permettre de vérifier tous les dires des experts et de formuler des observations complémentaires sur les causes de la mort.

III - Je demande à ce que la radiographie thoracique effectuée le 23 juin 1980 puisse être examinée par un médecin interniste choisi par les parties civiles. J'estime en effet très troublante la divergence entre le rapport du 30 juin 1980 du Dr HECHMATI (qui discerne des foyers broncho-pneumoniques) et le rapport des experts (qui n'en discernent aucun).

- Die Fragen unter II und III scheinen den internistischen Experten zu betreffen.

Zürich, den 6. 5. 1983

Nom: URBAN Alain

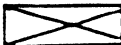
SIGNES CONVENTIONNELS: P = parle

A = agité

Ag = agressif

C = cria

532

Reveil 

 sommeil

 somnolence

6-1980

Heure	Médicaments	T. A.	T. P.	Boisson	Urines	Selles	Heures de sommeil			
17h	Prozac - Phenergan - Doloneal - Romypradol	12/8 80		500			1	2	3	4
18h	Phenergan 5mg Melleril 100mg Tuinal 200mg Terfluzine 5						5	6	7	8
Himut	50mg Phenergan 100mg Melleril 200mg Tuinal 20mg Terfluzine	12/8		1400 cc			9	10	11	12
							13	14	15	16
							17	18		
Total	100mg Phenergan 200mg Melleril 400mg Tuinal 25mg Terfluzine			1000 cc						

5h30	50mg Phenergan 100 Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine	13/9	368/134							
10'30	50mg Phenergan 100mg Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine	15/85	369/42							
16h	50mg Phenergan 100mg Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine 5mg Artana	15/10	364	600 cc 100 cc	++					
20h	50mg Phenergan 100mg Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine 1 cc Prunocine	13/9	362.94	600 cc 100 cc 100 cc 100 cc	+					
Total	200mg Phenergan 400mg Melleril 800mg Tuinal 20mg Terfluzine 5mg Artana			1200 cc						

00h	50mg Phenergan 100mg Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine	12/8		400						
04h	50mg Phenergan 100mg Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine	12/8		200 cc						
07'30	50mg Phenergan 100 Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine	13/45	96	500 cc Café lait						
14'30	50mg Phenergan 100 Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine	13/105	100	500 cc Sérum + amp.						
18h	50mg Phenergan 100 Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine 1 cc Prunocine	11/9	42	500 cc Sérum + amp. Soccc 200 cc						
22h	50mg Phenergan 100 Melleril 200 Tuinal 5mg Terfluzine 5mg Romypradol									
Total P	300mg Phenergan 600mg Melleril 1200mg Tuinal			2800 cc						

Nom: Utbar. Alain

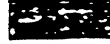
SIGNES CONVENTIONNELS :

P = parle

A = agité

Ag = agressif

C = crie



sommeil



somnolence

533

Heure	Médicaments	T. A.	T. P.	Boisson	Urines	Selles	Heures de sommeil
03h00	50 mg Phenergan - 100 Mellerel 200 mg Tuinal - 5 mg Terfluzine 2 mg Rohypnol	13/9		200			
08h15	50 mg Phenergan - 100 Mellerel - 200 Tuinal - 5 mg Terfluzine	14/9	37.5/100	600 Café lait			
11h30	50 mg Phenergan - 100 Mellerel - 200 Nozinan - 10 Terfluzine 50 mg Phenergan - 200 Tuinal - 100 Nozinan - 10 Terfluzine - 5 mg 10 mg Artane - 100 Mellerel	15/10 15/10 15/10 17/8	36.5/100 36.8/100 36.9/100	600 Pâte Biscuits Café Lait + Caramel 400 g + Caramel 100 g + Caramel 100 g	++ ++		
Total	250 mg Phenergan - 200 mg Mellerel 300 mg Tuinal - 40 mg Terfluzine 10 mg Artane - 5 - 300 mg Nozinan			2500cc			

02h00	50 mg Phenergan - 100 mg Nozinan 200 mg Tuinal - 10 mg Terfluzine 2 mg Rohypnol	14/10	37.7/120	200cc			
08h30	50 mg Phenergan - 100 mg Nozinan - 200 Tuinal - 10 Terfluzine	16/10	36.8 - 96	400cc + Caramel + Biscuits	++		
12h30	50 mg Phenergan - 100 mg Nozinan - 200 Tuinal - 10 Terfluzine Rohypnol 2 mg	15/8	37.1/120	400cc + Caramel + Biscuits	++		
14h	Phenergan 50 + 100 Nozinan + 200 Tuinal + 10 Terfluzine + 2 mg Rohypnol	16/9	38.1/104	400cc + Caramel + Biscuits	++		
17h	50 mg Phenergan - 100 mg Nozinan 200 mg Tuinal - 10 Terfluzine - 2 mg	15/9	37.7/112	200cc			
Total	250 mg Phenergan 500 mg Nozinan 10 mg Tuinal 50 mg Terfluzine 2 mg Rohypnol			1550cc			

7h30	50 mg Phenergan + 100 mg Nozinan + 200 mg 10 Terfluzine + 2 mg Rohypnol - Artane 5 mg	11/9	100 37.2	700 Café Lait	++		
12h00	50 mg Phenergan - 100 mg Nozinan - 200 10 mg Terfluzine - 10 mg Rohypnol	14/10	88 36.5	700	-		
17h	50 mg Phenergan - 100 mg Nozinan - 200 10 mg Terfluzine - 10 mg Rohypnol	15/9	37.5/108	200cc + Caramel + Biscuits	++		
22h	50 mg Phenergan - 100 mg Nozinan - 200 10 mg Terfluzine - 10 mg Rohypnol	14/9	37.1/100	500cc + Caramel + Biscuits	++		
Total	200 mg Phenergan 400 mg Nozinan 40 mg Terfluzine 200 mg Tuinal			2000cc			

Nom: URBAN Alain

SIGNES CONVENTIONNELS :

P = parle

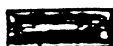
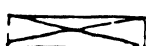
A = agité

Ag = agressif

C = crie

534

Réveil



sommeil



somnolence

oins d'escarres à chaque réveil !

Heure	Médicaments	T. A.	T. P.	Boisson	Urines	Selles	Heures de sommeil
1 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan - 200 Tiinal + 10mg Terfluzine Alane 5mg			100cc	+		
2 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan + 200 Tiinal + 10mg Terfluzine + 5mg Alane + 2mg Relyprel + 50 Paraline à 10h	13/9	16 ^h /100	300cc	++		
14 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan + 300 Tiinal + 10mg Terfluzine + 2mg Relyprel + 1c Paraline.	12/8	17 ^h 2/100	600cc	usage		
5 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan + 300 Tiinal + 10 Terfluzine + 5mg Alane + 2mg Relyprel + 2mg	14/9	36 ^h	400cc Gavali + 100cc + 20g + 10g + 10g	++		
12 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan + 300 Tiinal + 10 Terfluzine + 2mg Relyprel	13/9	37	150g + 10g + 10g			
23 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan + 300 Tiinal + 10 Terfluzine + 2mg RO + 5mg Alane	13/9	36/88	+ 200 Jodines			
Total	300 Phenergan + 600 Noz + 1,6g Tiinal 60 Terfluzine + 20mg RO + 150mg Paraline			1770			
3 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan 300 Tiinal + 10 Terfluzine 10g RO	17/10	36 ^h /88	100cc eau	+		
5 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan 300 Tiinal + 10 Terfluzine + 1c RO + 2mg	17/10	36 ^h /100	400cc Gavali + 100cc + 40g Alane	+++		
11 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan 300 Tiinal + 10 Terfluzine + 1c RO + 2mg + Alane 5mg	14/9	96	150cc + 10g + 10g			
15 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan 300 Tiinal + 10 Terfluzine + 2mg Relyprel	17/10	12/37	100cc eau	++		
14 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan 300 Tiinal + 10 Terfluzine + 2mg Relyprel	17/10	125/37	100cc eau	++		
23 ^h	50 Phenergan + 100 Noz + 300 Tiinal + 2 RO 10 Terfluzine + 5mg Alane	16/11	88/37	100cc eau			
Total	300 Phenergan + 600 Noz + 1,8g Tiinal 60 Terfluzine + 12mg RO + 10mg Alane			2050cc			
3 ^h 30	50 Phenergan + 100 Noz + 300 Tiinal + 2 RO + 10 Terfluzine	14 ^h 5/9	84/36	100cc eau			
7 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan + 300 Tiinal + 2 RO + 10 Terfluzine 5mg Alane	14/9	100/37	400cc + 10g + 10g + 40g Alane	++		
11 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan 300 Tiinal + 2 RO + 10 Terfluzine	15/9	96/36	300cc + 10g + 10g	++		
16 ^h 30	50 Phenergan + 100 Nozinan + 300 Tiinal + 10 Terfluzine + 2 RO + 5mg Alane	13 ^h 7/8	100/36	400cc + 10g + 10g	++		
20 ^h 15	50 Phenergan + 100 Nozinan + 300 Tiinal + 10 Terfluzine + 2 RO	14/8	92	50g Gavali + 10g	++		
23 ^h 30	50 Phenergan + 100 Noz + 300 Tiinal 10 Terfluzine + 2 RO + 5mg Alane						
TOTAL	300 Phenergan + 600 Noz + 1,8g Tiinal			1670			

