

# PROCEDURE DE LIMITATION ET/OU D'ARRET THERAPEUTIQUE

**DATE :**

**ETIQUETTE**

**LE PATIENT et SES PROCHES**     *entourez les propositions vraies*

**Aptitude du patient à exprimer sa volonté** : *oui/non.*

Etat général :

- mauvais EG avant pathologie actuelle
- le patient souffre (dans la vie quotidienne)
- perte d'autonomie
- institution/HAD/autre :

Persistance d'habitudes nocives ?

- tabagisme
- mauvaise observance thérapeutique
- éthylisme/autres toxiques
- mise en échec du suivi médical

Autres éléments que le patient aurait pu déclarer spontanément ?

- position quant au don d'organe :  
***pour/contre/non exprimée***
- demande d'euthanasie ?

Pathologie chronique sévère :

- fixée ou évolutive
- dépendance envers une machine :  
dialyse/VNI/ oxygénothérapie longue durée
- attente de greffe
- cancer ou hémopathie :  
guérison/rémission/rechute
- handicap/majoration de handicap prévisible

Combativité face à la maladie ou à la dépendance :

- bonne
- sd de glissement
- perte du suivi médical
- refus d'hospitalisation
- « ras le bol ou volonté d'en finir »
- impression de peu de combativité

Antécédents d'hospitalisations ?

- séjour long à l'hôpital/séjours multiples
- séjour en réanimation
- intubation

**Entourage :**

Personne de confiance ?

- présence de qualité auprès du malade : ***oui/non/ne sait pas***
- y-a-t-il une demande d'euthanasie de la part d'un des proches ?

**PATHOLOGIE ACTUELLE ET PROBLEMATIQUE** : ...

***Défaillances  
d'organe ?***

- Cardiaque
- Circulatoire
- Respiratoire
- Rénale
- Hépatique
- Hématologique
- Neurologique :
  - coma avec ventilation mécanique
  - coma sans VM
  - délirium

**Il s'agit d'un arrêt cardiaque ?** Citez les critères décisifs (Glasgow, réflexes TC, burst suppression, NSE, N20)

## **SYNTHESE DE L'ARGUMENTAIRE :**

- |   |                |
|---|----------------|
| - Il n'existe plus de stratégie curative possible                                   | <i>oui/non</i> |
| - Le délai est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours      | <i>oui/non</i> |
| - Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable à la réflexion   | <i>oui/non</i> |
| - Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme      | <i>oui/non</i> |
| - L'âge est particulièrement avancé   | <i>oui/non</i> |
| - Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion       | <i>oui/non</i> |
| - L'autonomie antérieure à l'hospitalisation était limitée                          | <i>oui/non</i> |
| - L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée                                | <i>oui/non</i> |
| - La qualité de vie relationnelle future sera très limitée                          | <i>oui/non</i> |
| - Un refus de soin (ou un « ras le bol ») a été clairement exprimé par le patient   | <i>oui/non</i> |
| - La souffrance physique du patient est incontrôlée                                 | <i>oui/non</i> |
| - La souffrance morale du patient est majeure malgré une prise en charge spécifique | <i>oui/non</i> |
| - Les proches considèrent la prise en charge comme de l'acharnement                 | <i>oui/non</i> |
| - Des membres de l'équipe considèrent la prise en charge comme de l'acharnement     | <i>oui/non</i> |

**Avis de l'équipe médicale ou paramédicale** : est-ce que quelqu'un dans l'équipe s'oppose à une limitation ou à un arrêt des traitements ? *oui/non/commentaire*

## **ENTRETIEN AVEC LE PATIENT ou sa FAMILLE :**

### **DECISION MEDICALE :**

Décision proposée à la discussion : **limitation / arrêt thérapeutique**

Collégialité de la procédure :

- Consultation du patient
- Consultation de l'équipe paramédicale
- Existence de directives anticipées

- Consultation de la personne de confiance
- Consultation des proches
- Discussion écrite dans le dossier / nom des intervenants

Consultant extérieur au service : médecin traitant/spécialiste.

Nom :

- en accord avec la décision proposée : **oui/non**
- commentaire :

**DATE :**

Si procédure de limitation thérapeutique, prescriptions :

- Massage cardiaque externe **oui/non**
- Choc électrique externe **oui/non**
- Adrénaline **oui/non**
- Noradrénaline/dobutamine **oui/non**
- Majoration d'amine en cours **oui/non**
- Remplissage **oui/non**
- Epuration extra-rénale **oui/non**
- Mesures de neuro-réanimation **oui/non**
- Transfusion **oui/non**
- Alimentation **oui/non**
- Antibiotique **oui/non**

- Intubation **oui/non**
- VNI **oui/non**
- Oxygène **oui/non**
- Aspiration **oui/non**
- Kiné respiratoire active **oui/non**
- Kiné de mobilisation active **oui/non**
- Kiné de confort **oui/non**
- Contentions du patient **oui/non**
- Contraintes de régime alim **oui/non**
- Examen complémentaire **oui/non**
- Surveillance scopée **oui/non**

**DATE :**

Si procédure d'arrêt thérapeutique, prescriptions :

- Arrêt de la ventilation sans extubation **oui/non**
- Extubation **oui/non**
- « Sevrage ultime » (aide inspiratoire, O2...diminués) **oui/non**
- Arrêt des amines **oui/non**
- Arrêt de la dialyse **oui/non**
- Arrêt de l'assistance circulatoire extracorporelle (ECMO) **oui/non**
- Arrêt de l'oxygénation extracorporelle (ECMO) **oui/non**
- Patch de scopolamine **oui/non**
- Analgésie-sédation intraveineuse **oui/non**

## A votre avis :

### EVALUATION A POSTERIORI

À remplir par IDE ou ASDE ou kiné à la sortie du patient

Entourez votre fonction.

Si le patient sort de réanimation ou s'il est décédé :

- Le patient a-t-il été correctement informé ? *oui/non/je ne sais pas*
- Douleur prise en charge correctement ? *oui/non/je ne sais pas*
- Et la souffrance morale ? *oui/non/je ne sais pas*
- Les contentions ont-elles été laissées ? *oui/non*
- Et le scope ? *oui/non*
- Et les alarmes ? *oui/non*
- Oxygène laissé après l'extubation ? *oui/non/pas d'extubation*
- Si le décès est survenu :
  - o Il est mort seul /entouré par les proches/ par les soignants / par les 2 ? *(entourez)*
  - o Quelles étaient les doses d'analgésiques et sédatifs au moment du décès ? *(en ml/heure)*
    - midazolam ml/h
    - morphine ml/h
    - sufentanil ml/h
    - propofol ml/h

- Les proches ont-ils été correctement informés ? *oui/non/je ne sais pas*
- L'accompagnement par les proches a-t-il été possible ? *oui/non*
- Si la fin de vie était attendue, ont-ils demandé à ce que « les choses aillent plus vite » au moment de la fin de vie ? *oui/non/je ne sais pas*

- Pensez-vous que le patient a subi un acharnement ou une obstination médicale ? *oui/non/je ne sais pas*
- Jugez-vous trop longue l'agonie du patient ? *oui/non/je ne sais pas*
- Jugez-vous trop « dure » l'agonie du patient ? *oui/non/je ne sais pas*
- Est-ce que finalement, vous trouvez que le patient est venu pour rien en réanimation ? *oui/non/nsp*
- Avez-vous, personnellement, le sentiment d'avoir été utile pour le patient ? *oui/non/ne sais pas*
- Pensez-vous que ce passage en réanimation a été bénéfique pour le patient d'une manière ou d'une autre ? *oui/non/je ne sais pas*
- Pensez-vous avoir été suffisamment impliqués dans la décision qui a été prise ? *oui/non/je ne sais pas*