

# Fiche de décision de **Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA)**

lors d'une prise en charge en urgence

*Etiquette patient*

- **DATE** : ..... / ..... / ..... / **HEURE** : ..... : ..... / **SIGNATURE** :
- **CONTEXTE CLINIQUE** :

SITUATION	PRECISIONS
Nom / Prénom / Age	..... / ..... / ..... ans
Motif d'hospitalisation/d'appel	
ATCD(s) et comorbidités	
Lieu de vie	Patient en <b>Soins Palliatifs</b> : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
Autonomie antérieure	<input type="checkbox"/> Domicile / <input type="checkbox"/> EHPAD – FOYER - MDR / <input type="checkbox"/> HAD Troubles cognitifs sévère : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON GIR : ..... (ou autonomie <input type="checkbox"/> Complète / <input type="checkbox"/> Partielle / <input type="checkbox"/> Grabataire)
Défaillance(s) d'organe(s)	<input type="checkbox"/> Hémodynamique / <input type="checkbox"/> Respiratoire / <input type="checkbox"/> Neurologique <input type="checkbox"/> Hépatique / <input type="checkbox"/> Rénale / <input type="checkbox"/> Hématologique
Autres motifs d'initiation de la discussion	<input type="checkbox"/> Situation d'échec thérapeutique malgré stratégie bien conduite et une prise en charge optimale avec délais d'action suffisant pour en juger <input type="checkbox"/> Evolution défavorable attendue en termes de survie/qualité de vie pour qui une décision de LATA a pour but d'éviter l'obstination déraisonnable

- **DISCUSSION COLLEGALE** : (**Au moins deux médecins séniors**)

IDENTIFICATION	NOM + FONCTION
Médecin responsable du patient	
Médecin(s) consultant(s)	
	Si Réanimateur : Transfert en Réa/UCS ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON Si Coma grave/AVC : Equipe de PMO (Tel 32458) prévenue ?
Interne / IDE-IADE / AS Equipe SMUR - Autres	

Recueil informations auprès patients/proches	OUI	NON
Patient en capacité d'exprimer sa volonté ? Si oui : Refus de soins clairement exprimé : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON (→ Souhait : .....)		
Directives anticipées disponibles ? Si oui : Détails : .....		
Proches et/ou Personne de confiance présent(e)s ou joignables ? Si oui : Lien / N° tél / Avis recueilli(s) : .....		
Curatelle / Tutelle ? Si oui : Avis recueilli(s) : .....		

- **DECISION PRISE SUITE A CONCERTATION COLLEGALE** :

Niveau d'engagement thérapeutique (1, 2 ou 3)
<input type="checkbox"/> <b>MAXIMALE</b> = Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires (Hospitalisation en Réanimation, RCP, VNI +/- IOT...)
<input type="checkbox"/> <b>LIMITATION DES SOINS</b> = <b>Pas de transfert en réanimation / Pas de RCP si ACR / Pas d'IOT</b> (déraisonnable)

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
VNI			Hydratation			Antibiothérapie		
Oxygénothérapie			Drogues vaso-actives			SNG		
Aspiration			Transfusion			Chirurgie		
SCOPE			EER			Bilan biologique		

<input type="checkbox"/> <b>DEMARCHE PALLIATIVE</b> = Maintien du confort sans prolonger la vie +/- Sédation si inconfort
<b>SEDATION(S) PROFONDE et CONTINUE</b> (molécules / posologies / Voies d'abords à préciser) :
<input type="checkbox"/> <b>Morphinique</b> : ..... / ..... / .....
<input type="checkbox"/> <b>Hypnotique</b> : ..... / ..... / .....

Transfert du patient : <input type="checkbox"/> Laissé sur place / <input type="checkbox"/> Hospitalisation (Service : .....)
Représentant du Culte souhaité par patient/proches (à préciser : .....

- **CONSENSUS final** au sein de l'équipe (+ Patient/**Proches**) :  OUI /  NON  
 Si non : pourquoi ? .....

**Réévaluation des soins à prévoir** (Nouvelles données / Evolution clinique) :  OUI /  NON

Nom + Prénom / Date et heure	Modification de la procédure
	<input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON Si oui : Quel type ? .....