Fiche de décision de **Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives** (**LATA**)
lors d'une prise en charge en SMUR

A intégrer au TSMUR (photo)

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

SITUATION	PRECISIONS
Nom / Prénom / Age	..... / ..... / ..... ans
Motif d'appel/intervention	
ATCD(s) et comorbidités	Patient en **Soins Palliatifs :** □ OUI / □ NON **Suivi C3S** : □ OUI / □ NON / **Suivi HAD** : □ OUI / □ NON
Lieu de vie **Autonomie antérieure**	□ **Domicile** / □ **EHPAD – FOYER - MDR** / □ **HAD** **Troubles cognitifs sévères :** □ OUI / □ NON **GIR : .....** (ou autonomie □ Complète / □ Partielle / □ Grabataire)
Défaillance(s) d'organe(s)	□ **Hémodynamique** / □ **Respiratoire** / □ **Neurologique** □ **Hépatique** / □ **Rénale** / □ **Hématologique**
Autres motifs d'initiation de la discussion	□ Situation d'**échec thérapeutique malgré stratégie bien conduite et une prise en charge optimale** avec **délais d'action suffisants** pour en juger □ **Evolution défavorable attendue en termes de survie/qualité de vie** pour qui une décision de LATA a pour but d'éviter une **obstination déraisonnable**

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

IDENTIFICATION	NOM + FONCTION
Médecin(s) d'intervention SMUR	
Médecin(s) consultant(s) (Médecin traitant, régulateur…)	**Possibilité de contacter médecin équipe Soins Palliatifs (Hotline : 04 92 09 09 90)**
Interne / IDE-IADE / AS **Equipe SMUR - Autres**	

Recueil informations auprès patient/proches	OUI	NON
Patient en capacité d'exprimer sa volonté ? Si oui : Refus de soins clairement exprimé : □ OUI / □ NON (→ Souhait : .....)		
Directives anticipées disponibles ? Si oui : Détails :		
Proches et/ou Personne de confiance présent(e)s ou joignables ? Si oui : Lien / N° tél / témoignage de l'avis du patient recueilli :		
Curatelle / Tutelle ? Si oui : Avis recueilli(s) :		

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

Niveau d'engagement thérapeutique *(1, 2 ou 3)*

□ **MAXIMAL (1) = Prolonger la vie par tous les moyens nécessaires** (Hospitalisation en Réa, RCP, VNI +/- IOT…)

□ **LIMITATION DES SOINS (2) = Pas de transfert en réanimation / Pas de RCP si ACR / Pas d'IOT** (déraisonnable)

	OUI	NON		OUI	NON
Oxygénothérapie (en place)			VNI (du patient)		
- Maintien ?			Hydratation		
- Augmentation débit ?			Antibiothérapie		
Aspiration			Scopolamine (patch)		

□ **ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE (3) = Maintien du confort sans prolonger la vie**

ANTALGIE NECESSAIRE ? oui /non
□ **Morphinique (posologie) :** ..... / .....
SEDATION PROPORTIONNEE NECESSAIRE ? oui / non
□ **Hypnotique :** ..... / .....

Transfert du patient : □ Laissé sur place / □ Hospitalisation (Service : .....)

N° SAP : ..... / .....
N° O2 : .....

- **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
	□ **OUI** / □ **NON** Si oui : Quel type ?.....