

NIVEAU D'ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE

Etiquette

Limitation thérapeutique

Date :/...../.....

Participants à la réflexion :

.....

.....

.....

Modalités d'application

	Ne pas faire	Ne pas augmenter	Arrêter
Massage cardiaque externe	<input type="checkbox"/>		
Intubation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ventilation mécanique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ventilation non-invasive	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Drogues vaso-actives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epuration extra-rénale	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Transfusions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actes chirurgicaux	<input type="checkbox"/>		

Autres :

.....

Information famille :

Date :/...../.....

Contenu :

.....

.....

ARGUMENTS CONCERNANT LA DECISION DE LIMITATION OU D'ARRET DES SOINS