# Arrêt des TMFV – Audit de cas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATE DE DÉBUT DE L’ARRÊT DES TMFV  AAAA/MM/JJ | IDENTIFICATEUR 1 | IDENTIFICATEUR 2 |
| NOM | No DE DOSSIER MÉDICAL |  DDC  Pas de don |

Cause du décès/de la décision d’arrêt des TMFV : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Séquence des événements

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Événement | Heure | | Commentaires |
| Retrait des vasopresseurs | Début  **:**  Fin  **:** | |  |
| Retrait de la ventilation mécanique | Début  **:**  Fin  **:** | |  |
| Retrait de l’oxygène d’appoint | Début  **:**  Fin  **:** | |  |
| Extubation | **:** | |  |
| Décès | Date/heure  AAAA/MM/JJ  **:** | |  |
| Transfert de l’unité avant le décès.  *Si oui, indiquer la date et l’heure.* |   Non |   Oui |  |
| Date/heure  AAAA/MM/JJ  **:** | |
| Moniteurs de chevet | ALLUMÉ  ÉTEINT | |  |
| **Notes :** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* | | | |

Préparation de l’arrêt des TMFV

*L’emplacement de la documentation visée par l’audit est défini par chaque établissement. Ne pas inclure les éléments ci-dessous s’ils ne font pas partie de la documentation habituelle de votre établissement. Il peut s’agir des notes des infirmières ou du médecin ou d’une liste de contrôle particulière à remplir dans les cas d’arrêt des TMFV. On recommande fortement l’emploi d’une liste de contrôle dont les éléments correspondent à ceux de l’audit.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lesquels de ces éléments sont réellement *consignés*? | **Oui** | **Non** | **Commentaires** |
| Plan de soins multidisciplinaire pour l’arrêt des TMFV |  |  |  |
| Avis envoyé à l’organisme de don d’organes |  |  |  |
| Possibilité de don d’organes et de tissus offerte au patient ou à la famille |  |  |  |
| Caucus préparatoire à l’arrêt des TMFV réunissant le médecin, l’infirmière, l’inhalothérapeute, le travailleur social, autres |  |  |  |
| Décision explicite prise de concert avec la famille en ce qui concerne l’utilisation de moniteurs de chevet |  |  |  |
| Signal/signe en place indiquant qu’une procédure d’arrêt des TMFV est en cours |  |  |  |
| Besoins spirituels ou culturels du patient et de la famille discutés avant l’arrêt des TMFV |  |  |  |
| Soutien spirituel ou culturel offert au patient et à la famille |  |  |  |
| Famille encouragée et autorisée à participer aux soins du patient avant, pendant et après l’arrêt des TMFV |  |  |  |
| **Notes :** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* | | | |

Processus d’arrêt des TMFV

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Étapes | **Oui** | **Non** | **Commentaires** |
| Famille présente pendant l’arrêt des TMFV |  |  |  |
| Préoccupation notée quant à la disponibilité de l’infirmière pendant l’arrêt des TMFV |  |  |  |
| Préoccupation notée quant à la disponibilité de l’inhalothérapeute pendant l’arrêt des TMFV |  |  |  |
| Préoccupation notée quant à la disponibilité du médecin pendant l’arrêt des TMFV |  |  |  |
| Recueil de directives normalisées disponibles et signées avant l’arrêt des TMFV  *Vérifier les dates et les heures inscrites.* |  |  |  |
| **Notes :** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* | | | |

Évaluation de la détresse et du soulagement des symptômes pendant l’arrêt des TMFV

*On suppose que chaque unité n’utilisera qu’une seule échelle d’évaluation des symptômes.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Les éléments suivants sont-ils consignés dans les notes des infirmières? | **Toujours** | **Pas toujours** | **Jamais** | **Commentaires** |
| Utilisation d’une échelle d’évaluation de la douleur |  |  |  |  |
| Utilisation d’une échelle d’évaluation de la sédation |  |  |  |  |
| Utilisation d’une échelle d’évaluation de la détresse respiratoire |  |  |  |  |
| Utilisation d’une échelle d’évaluation du délirium |  |  |  |  |
| Nom et posologie des médicaments utilisés pour traiter les symptômes anticipés et raison |  |  |  |  |
| Dans le cas des symptômes manifestes, l’administration de médicaments s’accompagnait de la consignation des renseignements suivants :   * score justifiant le recours aux médicaments? * posologie? * réponse? | **Toujours** | **Pas toujours** | **Jamais** | **Commentaires** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Notes :** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* | | | | |

Après le décès

*Les éléments suivants constituent des suggestions. La documentation des éléments doit être claire. On suggère d’employer une liste de contrôle après l’arrêt des TMFV contenant les éléments suivants :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Suivi | **Oui** | **Non** | **Commentaires** |
| Documentation, information et soutien sur le deuil offerts à la famille |  |  |  |
| Aiguillage vers un service d’aide aux personnes en deuil |  |  |  |
| Suggestion d’examen du cas consignée |  |  |  |
| **Notes :** *(Tout élément manquant doit être indiqué dans la section Mesures à prendre à la fin de la présente annexe.)* | | | |

**Mesures à prendre pour faire suite à l’audit de cas et responsabilité**

|  |  |
| --- | --- |
| **MESURES À PRENDRE** | **RESPONSABILITÉ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FAIT PAR | DATE  AAAA/MM/JJ | HEURE  : |

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L’outil d’audit de cas a facilité la discussion :  Oui  Non

L’outil doit être revu :  Non  Oui – Commentaires fournis à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_