



FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Nom, prénom : _____

N° dossier : _____ DDN : AAAA-MM-JJ

1. Coordonnées de l'établissement ou du médecin responsable

Lieu de services (cocher) :

- Domicile
- CHSLD
- Maison de soins palliatifs
- CHSGS

Nom de l'institution _____

Nom du médecin responsable _____

2. Diagnostic prépondérant et condition clinique

3. Symptômes justifiant d'envisager une sédation palliative continue (cocher)

- Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
- Détresses respiratoires majeures et récidivantes
- Dyspnée progressive et incontrôlable
- Convulsions réfractaires
- Douleur intraitable et intolérable
- Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires
- Détresse hémorragique
- Nausées et vomissements incoercibles
- Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort
- Autre état réfractaire, justifier : _____



MCQ00007

4. Essais thérapeutiques antérieurs

Pharmacologiques _____

dont une sédation intermittente Oui Non

Non pharmacologiques _____

5. Estimation du pronostic vital

Durée anticipée de la sédation continue _____

6. Recours à la sédation palliative continue

Oui

Non, justifier _____

Second avis demandé : Oui Non

7. Obtention d'un consentement écrit

Oui, formulaire joint

Non, justifier _____

8. Médication prescrite

Voie d'administration	Dosage au début (date)	Dosage à la fin (date)
Lorazépam		
Midazolam		
Méthotriméprazine		
Chlorpromazine		
Phénobarbital		
Propofol		
Scopolamine		
Autres		



MCQ00007

9. Hydratation

Naturelle

Cessée spontanément par l'usager, le _____

Cessée à l'initiative du médecin, le _____

Artificielle

Cessée le _____

10. Nutrition

Naturelle

Cessée spontanément par le patient, le _____

Cessée à l'initiative du médecin, le _____

Artificielle

Cessée le _____

11. Évolution jusqu'au décès

Mort paisible

Soulagement incomplet _____

Complications _____

Décès constaté le _____

12. Attitude des proches/de l'équipe soignante tout au long du processus

	Rencontre	Désaccord	Approbation	Collaboration
Proches				
Équipe soignante				

13. Formulaire de déclaration rempli le _____

et transmis le _____

Au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dont est membre le médecin¹

Au Collège des médecins du Québec²

Signature du médecin

Date

¹ Si le médecin exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement

² Si le médecin exerce en cabinet privé de professionnel