



## ORDONNANCE DU MÉDECIN

### Traitements pharmacologiques

PARTICULARITÉS : (Cochez : ✓)

- Allergie /  Intolérance : \_\_\_\_\_
- Ulcère gastro-intestinal                       Insuffisance rénale
- Hémorragie                       Diabète                       Éthylisme
- Autre condition : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

No dossier : \_\_\_\_\_ DDN : AAAA-MM-JJ

TAILLE	cm	POIDS	kg
--------	----	-------	----

## OPI-05-001 SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

**AIDE-MÉMOIRE POUR LE MÉDECIN (Pour plus de détails, se référer au protocole clinique PROC-05-001) :**

**Définition :** La sédation palliative continue est un soin de fin de vie consistant à utiliser des médicaments appropriés pour soulager un ou des symptômes difficiles à contrôler par les moyens usuels en abaissant le niveau de conscience d'une personne. Contrairement à la sédation palliative intermittente, cette sédation est maintenue jusqu'au décès.

- Il est suggéré d'envisager le recours à la sédation palliative continue seulement **lorsque le décès du patient est anticipé dans un délai se mesurant en heures ou en jours, et pouvant atteindre jusqu'à deux semaines.**
- **Principaux symptômes justifiant la sédation palliative continue en fin de vie** (réf. : Guide de sédation palliative continue, Collège des médecins du Québec, mai 2015); **Dans la mesure du possible, cochez les symptômes identifiés chez l'usager :**

<input type="checkbox"/> Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
<input type="checkbox"/> Détresses respiratoires majeures et récidivantes
<input type="checkbox"/> Dyspnée progressive et incontrôlable
<input type="checkbox"/> Convulsions
<input type="checkbox"/> Douleur intraitable et intolérable
<input type="checkbox"/> Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires
<input type="checkbox"/> Détresse hémorragique
<input type="checkbox"/> Nausées et vomissements incoercibles
<input type="checkbox"/> Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort
<input type="checkbox"/> Autre état réfractaire : _____

- **L'obtention du consentement de l'usager ou de son représentant.** La *Loi concernant les soins de fin de vie* prévoit des exigences particulières pour le consentement à la sédation palliative continue, notamment la signature du formulaire ministériel de consentement à la sédation palliative. Pour les modalités reliées au consentement, se référer au protocole (PROC-05-001).
- **Le médecin qui administre une sédation palliative continue doit, dans les 10 jours suivant la fin de son administration, en informer le CMDP lorsqu'il en est membre ou en informer le Collège des médecins du Québec s'il exerce en cabinet privé et n'est pas membre d'un CMDP, le tout au moyen du formulaire de déclaration de la sédation palliative continue (en annexe du PROC-05-001).**
- De façon générale, **favoriser l'administration des médicaments par voie sous-cutanée**, bien que la voie intraveineuse puisse être aussi envisagée.
- Favoriser l'administration par voie intraveineuse en présence d'anasarque ou de thrombocytopenie sévère.
- L'utilisation des opioïdes pour la sédation palliative n'est pas conforme aux bonnes pratiques. S'ils sont utilisés pour calmer la douleur physique ou la dyspnée, ils doivent être administrés de façon parallèle.

**AIDE-MÉMOIRE POUR L'INFIRMIÈRE :**

- Pour l'évaluation et la surveillance de l'usager sous sédation palliative continue, se référer au protocole de sédation palliative continue (PROC-05-001), à la section 6.6.



MCQ00001

**PRÉCISER MÉDICAMENT / DOSE / VOIE D'ADMINISTRATION / FRÉQUENCE**  
**NOTE : TOUJOURS FAVORISER LA VOIE SOUS-CUTANÉE DE PRÉFÉRENCE**

Dose régulière à titrer et prescrire par le médecin au besoin selon le nombre d'entredoses « PRN » reçues, il peut être requis de prescrire plus d'une classe de médicaments pour obtenir la réponse clinique attendue.

Date	Heure	BENZODIAZÉPINES	Phm
		<input type="checkbox"/> Midazolam (Versed) _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures , régulier <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Midazolam (Versed) <i>en perfusion continue</i> <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV à _____ mg/h via <input type="checkbox"/> pompe ou <input type="checkbox"/> pousse- seringue. Inscire la dose pour un bolus de départ, si désiré : _____ mg  <input type="checkbox"/> Entredose, si requis : Midazolam (Versed) _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures si besoin afin d'éviter l'éveil de l'utilisateur. (Dose de départ : 0,5 à 1 mg/h; dose moyenne : 20 à 70 mg/24 h; écart posologique rapporté : 3 à 450 mg/24 h)	
		<input type="checkbox"/> Lorazépam (Ativan) _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures , régulier <input type="checkbox"/> Entredose, si requis : Lorazépam (Ativan) _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures si besoin afin d'éviter l'éveil de l'utilisateur. (Dose de départ : 0.5 à 1 mg/h; dose moyenne : 6 à 12 mg/24 h; écart posologique rapporté : 2 à 4 mg/h)	
		<b>ANTIPSYCHOTIQUE</b>	
		<input type="checkbox"/> Méthotriméprazine (Nozinan) _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures , régulier (molécule à éviter si seuil de convulsion abaissé) <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Méthotriméprazine (Nozinan) <i>en perfusion SC continue</i> à _____ mg/heure via <input type="checkbox"/> pompe ou <input type="checkbox"/> pousse- seringue <input type="checkbox"/> Entredose, si requis : Méthotriméprazine (Nozinan) _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures si besoin afin d'éviter l'éveil de l'utilisateur. (Dose de départ : 12,5 à 25 mg/24 h; dose moyenne : 30 à 75 mg/24 h; écart posologique rapporté : 25 à 300 mg/24 h)	
		<b>ANTICONVULSIVANT</b>	
		<input type="checkbox"/> Phénobarbital _____ mg en bolus <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV puis <input type="checkbox"/> Phénobarbital _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures, régulier <input type="checkbox"/> Entredose, si requis : Phénobarbital _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures si besoin afin d'éviter l'éveil de l'utilisateur. (Dose de départ : 2 à 3 mg/kg (bolus); dose moyenne : 600 à 1600 mg/24 h; écart posologique rapporté : 200 à 2500 mg/24 h)	
		<b>ANTICHOLINERGIQUE</b>	
		<input type="checkbox"/> Scopolamine _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures, régulier <input type="checkbox"/> Entredose, si requis : Scopolamine _____ mg <input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV aux _____ heures si besoin afin d'éviter l'éveil de l'utilisateur. (Dose de départ : 0,4 mg q 4 h; dose moyenne : 0,4 mg q 4 h; écart posologique rapporté : 0.05 à 0.2 mg/h)	
		<b>AUTRE</b>	
		<b>Nom (en lettres moulées) :</b>	<b>N° permis :</b>
		<b>Signature Md :</b>	