

CODE BARRE

ADRESSOGRAPHE

PROTOCOLE

Sédation palliative continue en fin de vie

Annexe 5 – Formulaire de déclaration d'une sédation palliative continue (SPC)

Nom du médecin : _____

Domicile CHSLD _____ MSP Adhémar-Dion CHRDL CHPLG

1. Diagnostic prépondérant et condition clinique

2. Symptômes justifiant d'envisager une sédation palliative continue (cochez)

- 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 : _____

3. Essais thérapeutiques antérieurs

Pharmacologiques : _____

Sédation dont une intermittente : Oui Non

Non pharmacologiques : _____

4. Estimation du pronostic vital

Durée anticipée de la SPC : _____

Durée réelle de la SPC : _____

5. Recours à la SPC

Oui

Non. Justifiez : _____

Second avis médical demandé Oui Non

CODE BARRE

ADRESSOGRAPHE

PROTOCOLE

Sédation palliative continue en fin de vie

Annexe 5 – Formulaire de déclaration d'une sédation palliative continue (SPC)

6. Obtention du consentement écrit

- Oui. Joindre le formulaire.
 Non. Justifiez :

Note au dossier présente pour justifier l'absence d'un consentement écrit : Oui Non

7. Médication prescrite

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

8. Hydratation

Naturelle

- Cessée spontanément par l'utilisateur le : _____

Artificielle

- Cessée le : _____

OU

- Non applicable

9. Nutrition

Naturelle

- Cessée spontanément par l'utilisateur le : _____

Artificielle

- Cessée le : _____

OU

- Non applicable

PROTOCOLE

Sédation palliative continue en fin de vie

Annexe 5 – Formulaire de déclaration d'une sédation palliative continue (SPC)

10. Évolution jusqu'au décès

Mort paisible par l'utilisateur :

Oui Non

Soulagement adéquat de la douleur pendant la SPC :

Oui Non Incomplet

Soulagement adéquat des symptômes réfractaires pendant la SPC :

Oui Non Incomplet

Complications rapportées pendant l'administration de la SPC :

Décès constaté le : _____

11. Attitude des proches et de l'équipe soignante tout au long du processus

Les proches ont-ils été consultés avant d'initier la SPC :

Oui

Non. Pourquoi?

Absence de proches

Refus de l'utilisateur de consulter les proches

Autre. Expliquez : _____

Les proches ont-ils éprouvé des difficultés face à la SPC ?

Oui Non

Les proches ont-ils reçu une offre de soutien?

Oui Non

L'équipe soignante a-t-elle été consultée avant d'initier la SPC?

Oui Non

L'opinion de l'équipe soignante sur l'initiation de la SPC était :

En accord En désaccord

Signature du médecin responsable

Date

→ Pour tout médecin **ayant des privilèges** au CISSS de Lanaudière :

⇒ Remettre le présent formulaire à l'assistance du supérieur immédiat (ASI) pour transmission au:

CMDP, par télécopieur au 450 582-4439

Formulaire transmis le : _____ Par : _____

→ Pour tout médecin **sans privilèges** au CISSS de Lanaudière :

⇒ Transmettre le présent formulaire au :

CMQ, par la poste au 2170, boul. René-Lévesque O., Montréal, QC, H3H 2T8

Formulaire transmis le : _____ Par : _____