

Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue

Patient		
Nom	N° d'assurance maladie	
Prénom	N° de dossier	
Âge	Sexe	
	F	M

1. Établissement

Nom de l'établissement (CISSS, CIUSSS, CHU, etc.)

Site de soins (cocher)

Domicile

Maison de soins palliatifs - nom

CHSLD¹ - nom

CHSGS² - nom

2. Diagnostic prépondérant et condition clinique

1 CHSLD : Centre hospitalier de soins de longue durée

2 CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

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 - préciser

4. Essais thérapeutiques antérieurs

Pharmacologiques

dont une sédation intermittente Oui Non

Non pharmacologiques

5. Estimation du pronostic vital

Durée anticipée de la sédation continue (nombre de jours)

6. Recours à la sédation palliative continue

Oui – date et heure de début

Année Mois Jour Heure

Non – justifier

Second avis demandé Oui Non

7. Obtention d'un consentement écrit

Oui – joindre une copie du formulaire de consentement (AH-880-DT-9231)

Non – justifier

8. Médication prescrite

Médication	Voie d'administration	Dose au début*	Dose à la fin*
Lorazépam			
Midazolam			
Méthotriméprazine			
Chlorpromazine			
Phénobarbital			
Propofol			
Scopolamine			
Autres			

* Quantité de médicament par unité de temps (ex. : 1 mg/h, 450 mg/24h, 0,4 mg q 4h).

9. Hydratation

Naturelle

cessée spontanément par le patient, le (date)

Année Mois Jour

cessée à l'initiative du médecin, le (date)

Année Mois Jour

Artificielle

cessée le (date)

Année Mois Jour

10. Nutrition

Naturelle

cessée spontanément par le patient, le (date)

Année Mois Jour

cessée à l'initiative du médecin, le (date)

Année Mois Jour

Artificielle

cessée le (date)

Année Mois Jour

11. Évolution jusqu'au décès

Mort paisible

Soulagement incomplet - préciser

Complications - préciser

Décès constaté le (date)

Année

Mois

Jour

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

	Rencontre (date)	Désaccord	Approbation	Collaboration
Proches				
Équipe soignante				

13. Commentaires

14. Formulaire de déclaration de la sédation palliative continue

Rempli le (date)

Année Mois Jour

Et transmis le (date)

Année Mois Jour

au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens³

au secrétaire du Collège des médecins du Québec⁴

15. Médecin responsable

Nom

Prénom

N° de permis d'exercice

Coordonnées professionnelles

Adresse de correspondance

Téléphone

Signature

³ Si le médecin exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement.

⁴ Si le médecin exerce en cabinet privé de professionnel.