

DÉCLARATION DE LA SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

1. Site de soins

- Domicile
- Établissement
 - Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)
 - Centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)
 - Maison des aînés/maison alternative
 - Site de lits communautaires en soins palliatifs

Nom de l'institution _____

Nom du médecin responsable _____

Nom du médecin ayant initié la sédation palliative continue (SPC) (si différent du médecin responsable)

2. Diagnostic prépondérant et condition clinique

3. Symptômes justifiant d'envisager une sédation palliative continue

- Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
- Détresses respiratoires majeures et récidivantes
- Dyspnée progressive et incontrôlable
- Convulsions réfractaires
- Douleur intractable 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 _____

Nom :

N° dossier :

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. 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 (aaaa/mm/jj)	Dosage à la fin – date (aaaa/mm/jj)
Lorazépam		
Midazolam		
Méthotriméprazine		
Chlorpromazine		
Phénobarbital		
Propofol		
Scopolamine		
Autres		

9. Hydratation

Naturelle

Cessée spontanément par l'usager, le _____
aaaa/mm/jj

Cessée à l'initiative du médecin, le _____
aaaa/mm/jj

Artificielle

Cessée le _____
aaaa/mm/jj

10. Nutrition

Naturelle

 Cessée spontanément par l'utilisateur, le _____
 aaaa/mm/jj

 Cessée à l'initiative du médecin, le _____
 aaaa/mm/jj

Artificielle

 Cessée le _____
 aaaa/mm/jj
11. Évolution jusqu'au décès
 Mort paisible

 Soulagement incomplet _____

 Complications _____

Décès constaté le _____
 aaaa/mm/jj
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 _____
 aaaa/mm/jj

 Et transmis le _____
 aaaa/mm/jj

 Au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dont est membre le médecin¹
 Au Collège des médecins du Québec²

 Date _____ Signature _____
 aaaa/mm/jj Médecin responsable

¹ Si le médecin exerce sa profession dans une installation ou à domicile sur le territoire du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

² Si le médecin exerce sa profession en cabinet privé de professionnel.