

N° dossier _____
Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____
NAM _____
Nom de la mère _____
Prénom de la mère _____
Nom du père _____
Prénom du père _____

**AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)
ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE (OIS)**

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DE L'USAGER Poids plus grand ou égal à 150 kg

Allergies aux médicaments à administrer OUI NON Si oui, préciser _____

Antécédent d'une réaction paradoxale aux benzodiazépines OUI NON Si oui, préciser _____

Antécédent d'abus de substance OUI NON Si oui, préciser _____

Diagnostic principal _____

Présence de Maladie grave et incurable Déclin avancé et irréversible et Souffrance, spécifier Physique Psychique

Approches palliatives tentées OUI NON Si oui, préciser _____

Antécédents médicaux et autres renseignements pertinents _____

RENSEIGNEMENTS DU PRESCRIPTEUR

Nom du professionnel compétent _____ Numéro permis _____

Téléphone _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MOMENT ET LE LIEU DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Date _____ Heure _____ Lieu À domicile En installation, spécifier _____

aaaa/mm/jj hh:mm

TYPE DE TROUSSE PRINCIPALE DÉSIRÉE : En seringues prêtes à l'emploi En fioles

MODALITÉ DE LIVRAISON DE LA MÉDICAMENTATION

RÉCEPTION DES TROUSSES (possible la veille ou le jour même de l'AMM)

Le **professionnel compétent récupère lui-même les trousses** au lieu et au moment choisis.

Moment prévu pour la récupération des trousses Date _____ Heure _____

Lieu prévu (choisir parmi les lieux suivants) aaaa/mm/jj hh:mm

<p>Spécifier l'unité/étage/local, s'il y a lieu</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de Baie-Saint-Paul _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de La Malbaie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de Portneuf _____</p> <p><input type="checkbox"/> IUSMQ _____</p> <p><input type="checkbox"/> CHSLD Christ-Roi _____</p> <p><input type="checkbox"/> CHSLD St-Augustin _____</p>	<p><input type="checkbox"/> AUTRE LIEU</p> <p>Spécifier _____</p> <p>_____</p> <p>Numéro civique Rue Local</p> <p>_____</p> <p>Ville Province Code postal</p> <p>_____</p>
--	--

RETOUR DES TROUSSES

Moment prévu pour le retour des trousses Date _____ Heure _____

Lieu prévu (choisir parmi les lieux suivants) aaaa/mm/jj hh:mm

<p><input type="checkbox"/> Pharmacies du CIUSSS de la Capitale-Nationale (Le professionnel retourne lui-même les trousses à la pharmacie choisie au moment qui lui convient entre 8 h et 16 h les jours ouvrables).</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de Baie-Saint-Paul local B2-310</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de La Malbaie local A-103</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de Portneuf local C-162</p> <p><input type="checkbox"/> IUSMQ local M-1419</p> <p><input type="checkbox"/> CHSLD Christ-Roi local 537</p> <p><input type="checkbox"/> CHSLD St-Augustin local 100</p>	<p><input type="checkbox"/> AUTRE LIEU (Le professionnel remet lui-même les trousses au transporteur au lieu et au moment identifié avant 15 h le jour de l'AMM ou le lendemain à partir de 9 h).</p> <p>Spécifier _____</p> <p>_____</p> <p>Numéro civique Rue Local</p> <p>_____</p> <p>Ville Province Code postal</p> <p>_____</p>
---	---

Nom :

N° dossier :

ORDONNANCE INDIVIDUELLE Sélectionner un choix pour chaque classe de médicaments.			
ANXIOLYSE			
<input type="checkbox"/> Midazolam 1 mg/ml	1 x 10 mg (10 ml en seringue) 2,5 à 10 mg (2,5 à 10 ml) intraveineux (IV) en 2 minutes, à titrer selon la réponse de l'utilisateur.		
ANESTHÉSIQUE LOCAL			
En 1^{re} intention			
<input type="checkbox"/> Lidocaïne sans épinéphrine 20 mg/ml	40 mg (2 ml en seringue) IV en 30 secondes.		
OU			
En 2^e intention, si allergie à la lidocaïne			
<input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium 500 mg/ml ou 200 mg/ml (selon fiole disponible)	1000 mg soit 2 ml (si fiole 500 mg/ml) ou 5 ml (si fiole 200 mg/ml) en seringue et compléter jusqu'à 10 ml avec NaCl 0,9%		
INDUCTION DU COMA			
En 1^{re} intention			
<input type="checkbox"/> Propofol 10 mg/ml	4 x 500 mg (50 ml en seringue). Utiliser 2 seringues de 500 mg en injection IV lente (5 minutes). En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose.		
OU			
En 2^e intention			
<input type="checkbox"/> Phénobarbital 120 mg/ml (si coché : trousse en seringue seulement)	2 x 3000 mg (25 ml en seringue) compléter jusqu'à 50 ml avec NaCl 0,9% et administrer en injection IV lente (5 minutes). En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose.		
BLOQUEUR NEUROMUSCULAIRE			
<input type="checkbox"/> Bésylate de cisatracurium 2 mg/ml	30 mg (15 ml en seringue) IV rapide		
OU			
<input type="checkbox"/> Bromure de rocuronium 10 mg/ml	200 mg (20 ml en seringue) IV rapide		
RINÇAGE DU DISPOSITIF D'INJECTION			
Rincer le dispositif d'injection avec une solution saline avant de commencer le protocole, après administration de l'inducteur de coma et après injection du bloqueur neuromusculaire.			
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	1 x 10 ml IV pour vérifier la perméabilité du cathéter 1 x 10 ml IV après l'injection du bloqueur neuromusculaire	1 x 10 ml IV après injection de l'inducteur de coma 1 x 10 ml seringue supplémentaire, à utiliser si besoin	
MÉDICATION SUR DEMANDE, UNIQUEMENT DANS LA TROUSSE PRINCIPALE, LORSQUE SPÉCIFIÉE PAR LE PRESCRIPTEUR			
INDUCTEUR DE L'ARRÊT CARDIAQUE			
<input type="checkbox"/> Bupivacaïne 5 mg/ml	<input type="checkbox"/> 2 x 200 mg (40 ml en seringue)		
PROLONGATION DE L'ÉTAT D'INCONSCIENCE EN CAS DE PERTE DE L'ACCÈS VEINEUX			
<input type="checkbox"/> Lorazépam 4 mg/ml	1 x 4 mg (1 ml en fiole)		
OU			
<input type="checkbox"/> Méthotriméprazine 25 mg/ml	4 x 25 mg (1 ml en ampoule)		
DOCUMENTS À JOINDRE À L'ORDONNANCE <input type="checkbox"/> Profil pharmacologique à jour. <input type="checkbox"/> Formulaire de demande d'AMM dûment complété.			
ENVOI DE L'ORDONNANCE AU PHARMACIEN (AMM en installation ou à domicile)			
<input type="checkbox"/> Pour une trousse principale en seringues prêtes à l'emploi :			
<input type="checkbox"/> Télécopier l'ordonnance individuelle standardisée à la pharmacie distributrice au 418-435-0012.			
<input type="checkbox"/> Appeler à la pharmacie distributrice au 418 435-9338 afin de s'assurer de la réception de l'ordonnance.			
<input type="checkbox"/> Pour une trousse principale en fioles (également disponible dans le secteur de Charlevoix) :			
<input type="checkbox"/> Télécopier l'ordonnance individuelle standardisée à la pharmacie distributrice le plus proche du lieu de l'AMM.			
<input type="checkbox"/> Appeler à la pharmacie distributrice afin de s'assurer de la réception de l'ordonnance.			
Pharmacie site Saint-Augustin (Beauport) :	Téléphone : 418 667-3910 poste 13905	Télécopieur : 418 667-7655	
Pharmacie Hôpital de Saint-Raymond (Portneuf) :	Téléphone : 418 337-4611 poste 76412	Télécopieur : 418 337-1362	
Pharmacie site Christ-Roi (Québec Métro) :	Téléphone : 418 682-1751	Télécopieur : 418 682-1730	
Pharmacie de l'Hôpital de Baie-St-Paul :	Téléphone : 418 435-9338	Télécopieur : 418 435-0012	
Pharmacie de l'IUSMQ :	Téléphone : 418 663-5000 poste 26653	Télécopieur : 418 666-6463	
<input type="checkbox"/> Déposer l'original de l'ordonnance au dossier de l'utilisateur.			
Pour toutes questions relatives à la gestion de l'ordonnance individuelle ou des conseils pharmacologiques, communiquer avec le pharmacien.			
Pour toutes autres questions, contacter le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) au 581 993-4483.			
Date _____	Signature _____		
Légende	aaaa/mm/jj	Professionnel compétent	
% : pourcentage	CHSLD : centre d'hébergement de soins de longue durée	CIUSSS : centre intégré de santé et de services sociaux	h : heure
IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec	mg : milligramme	ml : millilitre	NaCl : chlorure de sodium

Section réservée pour la signature électronique

CN00266 (2024-04-08)

AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)
ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE (OIS)

Dossier usager

D.I.C.: 3-4-4

Page 2 de 2