

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DU PATIENT

Allergies/intolérances : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_\_ cm    Présence d'un défibrillateur cardiaque implantable

*! La présente ordonnance est à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du praticien qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Le contenu a été élaboré à l'aide d'une démarche systématique et est soutenu par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consulter [inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca).*

### PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL

Se référer au Protocole Médical National N° 888028 de l'INESSS en vigueur au moment de l'application de cette ordonnance.

- La consultation d'une équipe spécialisée en soins palliatifs devrait être considérée, et ce, tout au long du processus.
- Les formulaires de **consentement** et de **déclaration de la sédation palliative** doivent être remplis par le prescripteur.
- Une ordonnance pharmaceutique d'opioïdes distincte devrait être prévue si présence de douleur et de dyspnée.

### AMORCE DU TRAITEMENT

L'administration des médicaments par **voie sous-cutanée** devrait être favorisée, en réservant l'administration par voie IV aux situations où l'efficacité de la voie SC peut être mise en doute.

**Niveau de sédation visé** : -4 à -5 sur l'échelle *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) (annexe)

**Début de la sédation**     Dès que possible     \_\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj et hh : mm)

**Lieu de la sédation**     Établissement  
 Milieu de vie<sup>1</sup> (spécifier) : \_\_\_\_\_

*\* S'assurer de la disponibilité des ressources (professionnelles, matérielles et techniques) ainsi que d'un soutien téléphonique médical/infirmier disponible en tout temps.*

*\* Si la personne est à domicile, veuillez inscrire la quantité de chacun des médicaments délivrés par la pharmacie communautaire ainsi que le nombre de renouvellements dans la colonne de droite dans le tableau ci-dessous.*

<sup>1</sup> Dans tout le document, l'utilisation des termes « milieu de vie » inclut tous les milieux qui n'ont pas un accès direct à un plateau technique (par exemple : à domicile, CHSLD, maison de soins palliatifs).

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_ #DOSSIER : \_\_\_\_\_

**Envisager une combinaison d'agents de classes pharmacologiques différentes selon la situation clinique.**  
*\* L'histoire de santé, les habitudes de vie et l'histoire thérapeutique devraient être considérées dans le choix de la posologie initiale.*

**À remplir si pharmacie communautaire**

**1- Dose de charge**

<input type="checkbox"/> Midazolam	<input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV	_____ mg (dose suggérée : 5 à 10 mg)	<input type="checkbox"/> x 1 dose (NR)
<input type="checkbox"/> Méthotriméprazine	<input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV	_____ mg (dose suggérée : 12,5 à 25 mg)	<input type="checkbox"/> x 1 dose (NR)
<input type="checkbox"/> PHENobarbital	<input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV	_____ mg (rarement nécessaire)	<input type="checkbox"/> x 1 dose (NR)
<input type="checkbox"/> Scopolamine	<input type="checkbox"/> SC ou <input type="checkbox"/> IV	_____ mg (dose suggérée : 0,4 mg)	<input type="checkbox"/> x 1 dose (NR)

**2- Dose d'entretien**

*\* Privilégier l'administration de chaque agent dans une perfusion distincte. Si plusieurs agents sont combinés dans une même perfusion, vérifier avec le pharmacien la compatibilité et la stabilité.*

Médicament	Voie	Posologie	Doses supplémentaires
------------	------	-----------	-----------------------

**Benzodiazépines**

<input type="checkbox"/> Midazolam Perfusion continue	<input type="checkbox"/> SC	_____ mg/h (dose initiale suggérée 2 à 5 mg/h) À débiter au moment de la dose de charge	_____ mg aux _____ minutes si besoin	<input type="checkbox"/> 50 mL à _____ mg/mL <input type="checkbox"/> 100 mL à _____ mg/mL REN : _____
	<input type="checkbox"/> IV	Augmenter la perfusion à _____ mg/h si plus de _____ doses supplémentaires administrées sur une période de _____ heures		
<input type="checkbox"/> Midazolam Administration intermittente	<input type="checkbox"/> SC	_____ mg aux 2h régulier (dose initiale suggérée 5 mg) À débiter 1h après dose de charge	_____ mg aux _____ minutes si besoin	Nbre de doses : _____ REN : _____
	<input type="checkbox"/> IV	Augmenter la dose à _____ mg si plus de _____ doses supplémentaires administrées sur une période de _____ heures		
<input type="checkbox"/> LORazépam Administration intermittente	<input type="checkbox"/> SC	_____ mg aux 4h régulier (dose initiale suggérée 1 à 2 mg)	_____ mg aux _____ minutes si besoin	Nbre de doses : _____ REN : _____
	<input type="checkbox"/> IV	Augmenter la dose à _____ mg si plus de _____ doses supplémentaires administrées sur une période de _____ heures		

**Antipsychotique (voir précautions du Tableau 2.4 du Protocole Médical National N° 888028)**

<input type="checkbox"/> Méthotriméprazine Administration intermittente	<input type="checkbox"/> SC	_____ mg aux 4h régulier (dose initiale suggérée 12,5 à 25 mg)	_____ mg aux _____ minutes si besoin	Nbre de doses : _____ REN : _____
	<input type="checkbox"/> IV	Augmenter la dose à _____ mg si plus de _____ doses supplémentaires administrées sur une période de _____ heures		
<input type="checkbox"/> Méthotriméprazine Perfusion continue	<input type="checkbox"/> SC	_____ mg/h (dose initiale suggérée 3 à 6 mg/h) À débiter au moment de la dose de charge	_____ mg aux _____ minutes si besoin	<input type="checkbox"/> 50 mL à _____ mg/mL <input type="checkbox"/> 100 mL à _____ mg/mL REN : _____
	<input type="checkbox"/> IV	Augmenter la perfusion à _____ mg/h si plus de _____ doses supplémentaires administrées sur une période de _____ heures		

<b>NOM DU PATIENT :</b> _____		<b>#DOSSIER :</b> _____	
<b>Barbiturique</b> (voir précautions du Tableau 2.4 du Protocole Médical National N° 888028)			
<input type="checkbox"/> PHENobarbital Administration intermittente	<input type="checkbox"/> SC _____ mg aux (dose initiale suggérée 30 à 60 mg)	_____ mg aux _____ minutes si besoin	Nbre de doses : _____ REN : _____
	ou <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 6h régulier <input type="checkbox"/> 8h régulier	Augmenter la dose à _____ mg si plus de _____ doses supplémentaires administrées sur une période de _____ heures	
<b>Anticholinergique</b>			
<input type="checkbox"/> Scopolamine Administration intermittente	<input type="checkbox"/> SC _____ mg aux 4h régulier (dose initiale suggérée 0,4 mg)	_____ mg aux _____ minutes si besoin	Nbre de doses : _____ REN : _____
	<input type="checkbox"/> IV Augmenter la dose à _____ mg si plus de _____ doses supplémentaires administrées sur une période de _____ heures		
<input type="checkbox"/> Scopolamine Perfusion continue	<input type="checkbox"/> SC _____ mg/h (dose initiale suggérée 0,1 mg/h)	_____ mg aux _____ minutes si besoin	<input type="checkbox"/> 50 mL à _____ mg/mL <input type="checkbox"/> 100 mL à _____ mg/mL REN : _____
	<input type="checkbox"/> IV* À débiter au moment de la dose de charge Augmenter la perfusion à _____ mg/h si plus de _____ doses supplémentaires administrées sur une période de _____ heures		
*Bien qu'aucune contre-indication n'ait été répertoriée pour l'administration continue de la scopolamine par voie IV, les données à ce sujet sont limitées.			
<b>Anesthésique</b> **La consultation d'une équipe spécialisée est recommandée**			
<input type="checkbox"/> Propofol Perfusion continue	IV _____ mg/kg/h = _____ mcg/kg/min = _____ mg/h (dose initiale suggérée 1 à 3 mg/kg/h)	N/A	
Augmenter la perfusion de _____ mg/h aux _____ minutes jusqu'à l'atteinte du niveau de sédation désiré (titration suggérée 1mg/kg/h aux 10-15 min). Ne pas dépasser _____ mg/kg/h soit _____ mg/h. Aviser le médecin si 2 augmentations subséquentes sont nécessaires.			
<b>SUIVI</b>			
Se référer au Protocole Médical National N° 888028 de l'INESSS en vigueur au moment de l'application de cette ordonnance. Évaluer le niveau de sédation, le niveau de soulagement, la sensation de confort, la fréquence respiratoire et l'apparition d'effets indésirables aux fréquences suivantes :			
À l'amorce du traitement et jusqu'à ce qu'un soulagement et une sédation adéquats soient atteints	<input type="checkbox"/> Toutes les 30 minutes (*fréquence minimale recommandée) <b>ou</b> <input type="checkbox"/> Toutes les _____ minutes		
Par la suite	<input type="checkbox"/> 2 fois par jour (*fréquence minimale recommandée) <b>ou</b> <input type="checkbox"/> _____		
• Aviser le médecin si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administration de _____ dose(s) supplémentaire(s)</li> <li>- Sédation ou soulagement inadéquats malgré l'administration des doses recommandées</li> <li>- Apparition d'effets indésirables ou hypersensibilité</li> </ul>			

**IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AYANT RÉDIGÉ CETTE ORDONNANCE**

Nom du médecin	Signature	Numéro de permis	Date (AAAA/MM/JJ)	Heure (HH:mm)
----------------	-----------	------------------	-------------------	---------------

## ANNEXE

### Adaptation en français de la Richmond Agitation Sedation Scale (RASS).

Source : La sédation palliative en fin de vie, GUIDE D'EXERCICE. Société Québécoise des Médecins en Soins Palliatifs (SQMDSP) et Collège des Médecins du Québec (CMQ) 2016.

Niveau	Description	Définition
+ 4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe
+ 3	Très agité	Tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+ 2	Agité	Mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+ 1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	Éveillé et calme	
- 1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 s)
- 2	Diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)
- 3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (p. ex. ouverture des yeux) mais sans contact visuel
- 4	Diminution profonde de la vigilance	Aucune réponse ou mouvement à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
- 5	Non réveillable	Aucune réponse ou mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (secousse ou friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)