

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, prénom : _____
 Date de naissance : _____ F M
 aaaa/mm/jj
 NAM : _____ Exp. _____
 aaaa/mm
 Nom, prénom de la mère : _____

MESURES PERSONNALISÉES LORS D'UNE FIN DE VIE

Consignes : Les initiales doivent d'être apposées une seule fois pour chaque directive.
 Pour les directives répétitives, s'assurer qu'elles se retrouvent dans les plans de soins.
 Consigner les données au dossier suite à un soin, une évaluation ou une directive infirmière.

| COMMUNICATION ET CONTINUITÉ DE SOINS | Initiales |
|--|-----------|
| Discuter avec le médecin concernant : | |
| <input type="checkbox"/> État clinique et PRG-10379 - Annexe I Passage vers une fin de vie et l'agonie | |
| <input type="checkbox"/> Cessation des traitements (signes vitaux, glycémie, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Médication | |
| <input type="checkbox"/> Niveau de soin AH-744 | |
| <input type="checkbox"/> Contribution au constat d'un décès CLI-60331 AH-253 - Évaluation médicale - Constat de décès par l'infirmière | |
| <input type="checkbox"/> Aviser les proches de la fin de vie | |
| <input type="checkbox"/> Aviser les membres de l'équipe impliqués du passage vers la fin de vie | |
| Mettre à jour les outils de communications | |
| <input type="checkbox"/> PTI-PID/PII | |
| <input type="checkbox"/> Sield | |
| <input type="checkbox"/> Plan de travail | |
| <input type="checkbox"/> Symo/Helios/iCLSC | |
| Si sédation palliative continue | |
| <input type="checkbox"/> Remettre la brochure Ce que vous devez savoir-Sédation palliative continue | |
| <input type="checkbox"/> Utiliser la grille de CLI-60037 Surveillance d'un usager sous sédation palliative | |
| <input type="checkbox"/> Intervenir avec les méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques pour obtenir le confort et un RASS à -4/-5 | |
| Se référer à BRU-90018 Souhaits et volontés soins palliatifs et de fin de vie et CLI-60761 Histoire de vie | |
| <input type="checkbox"/> Se référer aux outils disponibles sur intranet/soins palliatifs et fin de vie: | |
| • L'agonie - Signes et symptômes en fin de vie | |
| • Gestion des symptômes en soins palliatifs | |
| • Soins d'hygiène quotidiens de la bouche-Carte de rappel-Fin de vie | |
| <input type="checkbox"/> Utiliser la CLI-60271 Notes d'évolution - Soins palliatifs - Bilan 24 heures | |
| BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT | Initiales |
| <input type="checkbox"/> Se référer au génogramme et écocarte | |
| <input type="checkbox"/> Offrir les soins dans la dignité tout en respectant la confidentialité | |
| <input type="checkbox"/> Préserver l'intimité de la personne ainsi que celle de la relation conjoints/partenaires | |
| <input type="checkbox"/> Favoriser l'implication des proches lors des soins | |
| <input type="checkbox"/> Remettre la brochure selon la situation : | |
| • Ces derniers moments de vie - Pour mieux vous guider Life's last fews moments - To better guide you | |
| • Guide pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres maladies dégénératives du cerveau en soins de fin de vie/Comfort Care at the End-of-Life for Persons with Alzheimer's Disease or other degenerative diseases of the brain | |
| <input type="checkbox"/> Proposer les services de bénévoles pour de l'accompagnement (écoute, soutien et présence) | |
| <input type="checkbox"/> Proposer les services d'un intervenant en soins spirituels (écoute et soutien spirituel) | |
| <input type="checkbox"/> S'assurer du respect des croyances/rituels religieux | |
| <input type="checkbox"/> Référer au besoin à l'infirmière consultante en soins palliatifs pour situation complexe, soutien et formation au personnel | |
| <input type="checkbox"/> Offrir café et collation aux proches | |

| BESOINS PHYSIQUES ET DE CONFORT | Initiales |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> S'assurer de l'absence d'inconfort aux 2-3 heures et au besoin : rétention urinaire, constipation (fécalome), douleur, dyspnée, anxiété, etc. Intervenir avec les méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques. | |
| <input type="checkbox"/> Regrouper les soins | |
| Favoriser le confort avec le positionnement aux 2-3 heures et PRN : | |
| <input type="checkbox"/> Cadran de positionnement | |
| <input type="checkbox"/> Matériel de surplus pour le positionnement | |
| <input type="checkbox"/> Couverture chaude au besoin | |
| <input type="checkbox"/> Vêtements confortables | |
| S'assurer d'une bonne intégrité de la bouche : | |
| <input type="checkbox"/> Soins de bouche réguliers aux 2-3 heures | |
| <input type="checkbox"/> Brosse éponge à utiliser avec eau ou solution orale | |
| <input type="checkbox"/> Baume à lèvres (sans pétrole si O ₂ en cours) | |
| S'assurer d'une bonne intégrité de la peau : | |
| <input type="checkbox"/> Crème hydratante pour le corps | |
| <input type="checkbox"/> Changer la literie plus souvent si nécessaire | |

| BESOINS ENVIRONNEMENTAUX | Initiales |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Installer un symbole/affiche désignée à la porte de la chambre | |
| <input type="checkbox"/> Placer le chariot de fin de vie dans la chambre | |
| Favoriser un environnement calme et serein : | |
| <input type="checkbox"/> Offrir une chambre privée | |
| <input type="checkbox"/> Diminuer les stimuli visuels et sonores | |
| <input type="checkbox"/> Éclairage d'appoint (lumière tamisée, chandeliers à batterie, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Température ambiante tempérée | |
| <input type="checkbox"/> Chaises supplémentaires, lit pliant et literie pour les proches | |
| <input type="checkbox"/> Odeurs agréables avec des huiles essentielles si désirées | |

| AU DÉCÈS | Initiales |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Respecter l'intimité des proches | |
| <input type="checkbox"/> Aviser les membres de l'équipe incluant le médecin du décès | |
| <input type="checkbox"/> Offrir du soutien aux proches (écoute, présence, partage de souvenirs, etc.) Remettre le feuillet d'information : Ressources de soutien en deuil | |
| <input type="checkbox"/> Mettre en place le rituel soulignant le décès de la personne selon votre milieu | |
| <input type="checkbox"/> Référer aux outils cliniques suivants : | |
| • PRO-10194 Contribution de l'infirmière au constat de décès en milieu de vie et d'hébergement | |
| • CLI-60328 Contribution au constat clinique d'un décès attendu par l'infirmière | |
| • PRO-10137 Gestion des défunts en centre d'hébergement et de soins de longue durée | |
| • AMC-DPSAPA-10001 Gestion des défunts en CHSLD | |
| <input type="checkbox"/> Désinfecter et remplir le chariot de fin de vie | |
| <input type="checkbox"/> Signer la carte de condoléances par tout le personnel | |
| <input type="checkbox"/> Afficher dans l'établissement l'avis de décès durant une semaine | |

| Signature et titre | Initiales | Signature et titre | Initiales | Signature et titre | Initiales |
|--------------------|-----------|--------------------|-----------|--------------------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |