



MOCLI60465

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

DÉCLARATION DE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

1. Coordonnées du médecin/IPS responsable et de l'installation

Nom du médecin/IPS responsable : _____ Numéro de permis : _____

Lieu de prestation (cocher) : ☐ Domicile ☐ Maison de soins palliatifs ☐ CHSLD ☐ CHSGS

Nom de l'installation : _____

2. Diagnostic prépondérant et condition clinique

3. Symptômes justifiant d'envisager une sédation palliative continue (cocher)

- ☐ Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
☐ Détresse respiratoire majeure et récidivante
☐ 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 symptôme réfractaire – Justifier : _____

4. Essais thérapeutiques antérieurs

Pharmacologiques : _____

Sédation intermittente ☐ Oui ☐ Non

Non pharmacologiques : _____

5. Estimation du pronostic vital

Durée anticipée de la sédation continue : _____

6. Discussion avec l'utilisateur ou son représentant légal au sujet des options de soins (arrêt des traitements, soins palliatifs, AMM, etc.)

☐ Oui ☐ Non – Préciser : _____

7. Recours à la sédation palliative continue

☐ Oui ☐ Non – Justifier : _____

Second avis demandé : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom du médecin/IPS : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj

8. Obtention d'un consentement écrit

☐ Oui – Formulaire joint ☐ Non – Justifier : _____

9. Médication prescrite

Médicaments	Voie d'administration	Début		Fin	
		Posologie	Date (aaaa/mm/jj)	Posologie	Date (aaaa/mm/jj)
Lorazépam	☐ IV ☐ Sous-cutané				
Midazolam	☐ IV ☐ Sous-cutané				
Méthotriméprazine	☐ IV ☐ Sous-cutané				
Chlorpromazine	☐ IV ☐ Sous-cutané				
Phénobarbital	☐ IV ☐ Sous-cutané				
Propofol	☐ IV ☐ Sous-cutané				
Scopolamine	☐ IV ☐ Sous-cutané				
Autres :	☐ IV ☐ Sous-cutané				
	☐ IV ☐ Sous-cutané				
	☐ IV ☐ Sous-cutané				

10. Niveau de sédation désiré atteint

☐ Oui ☐ Non – Préciser pourquoi si non atteint : _____

11. Hydratation

☐ Naturelle
☐ Cessée spontanément par l’usager, le _____
☐ Cessée à l’initiative du médecin/IPS, le _____
☐ Artificielle
☐ Cessée le _____

12. Nutrition

☐ Naturelle
☐ Cessée spontanément par l’usager, le _____
☐ Cessée à l’initiative du médecin/IPS, le _____
☐ Artificielle
☐ Cessée le _____

13. Évolution jusqu’au décès

☐ Mort paisible ☐ Soulagement incomplet : _____ ☐ Complications : _____

Décès constaté le : _____ aaaa/mm/jj

14. Attitude des proches / de l’équipe soignante tout au long du processus

Proches	Consultation avant le début du processus ☐ Oui À quelle date? _____ ☐ Non Pourquoi? _____ Soutien apporté ☐ Oui Lequel? _____ ☐ Non Pourquoi? _____	Consultation tout au long du processus jusqu’au décès ☐ Oui ☐ Non Pourquoi? _____ Soutien apporté ☐ Oui Lequel? _____ ☐ Non Pourquoi? _____
	Consultation avant le début du processus ☐ Oui À quelle date? _____ ☐ Non Pourquoi? _____ Soutien apporté ☐ Oui Lequel? _____ ☐ Non Pourquoi? _____	Consultation tout au long du processus jusqu’au décès ☐ Oui ☐ Non Pourquoi? _____ Soutien apporté ☐ Oui Lequel? _____ ☐ Non Pourquoi? _____

15. Formulaire de déclaration rempli le _____ aaaa/mm/jj

À transmettre par courriel à l'une des deux adresses courriel suivantes :

Médecin : cmdp.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca IPS : dsieu-spfv.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

Transmis par courriel le _____ aaaa/mm/jj