Santé Québec
Montérégie-Ouest

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

ORDONNANCE DE DETRESSE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Préalables : Pas de RCR ni de ventilation assistée tel que discuté avec l'usager et/ou ses proches

INDICATION : Détresse aigue subite selon critères suivants

- État de panique (terreur, agitation, anxiété intense)

ET

Une des trois manifestations cliniques suivantes :

- Détresse respiratoire majeure subite (difficulté respiratoire intolérable et constante, tachypnée, tirage, embarras bronchique ;
- Douleur incontrôlable sévère;
- Hémorragie aiguë massive.

CONTRE-INDICATIONS :

- Usager inconscient;
- Usager qui présente une manifestation clinique isolée ou un seul symptôme réfractaire qui n'est pas accompagné d'un état de panique.

Cette ordonnance ne peut être subdivisée. Lorsqu'elle est appliquée, il faut administrer les médicaments un à la suite de l'autre.
Cette ordonnance est répétable après un épisode de détresse.

Légende
Quantité : Qté Quantité totale : QT Fraction : F Servir : S En réserve : R Renouvellement : Ren IN : intranasal TM : transmuqueux

				Pharmacie communautaire
1	**Benzodiazépine**	_____ Initiales Midazolam 5 mg/mL ☐ 5 mg ☐10 mg ☐ ____ mg Administrer SC ou préciser si autre voie d'administration : ☐ IN ☐ TM Administration IN : utiliser dispositif Teleflex Medical #MAD300 **Recommandations** **• Si reçoit benzodiazépines PRN ou DIE ou poids inférieur à 70 kg = 5 mg** **• Si benzodiazépines supérieur à DIE ou poids supérieur ou égal à 70 kg = 10 mg** **• Dose plus élevée si reçoit déjà benzodiazépine à forte dose ou tolérance**	X 1 dose et répéter 15 minutes plus tard, si non soulagé	Servir seringues : ☐ Ou servir fioles : ☐ Qté : _____ Ren : _____ S : ☐ R : ☐
2	**Opioïdes**	_____ Initiales Morphine 10 mg/mL ☐ 5 mg SC (dose minimale) ☐ ____ mg SC **OU** _____ Initiales Hydromorphone 2 mg/mL ☐ 1 mg SC (dose minimale) ☐ ____ mg SC **Recommandation** **Prescrire 2 fois la dose en mg de l'entre dose.** *** S'assurer d'ajuster la dose selon l'évolution de l'entre dose.**	X 1 dose et répéter 15 minutes plus tard, si non soulagé	Servir seringues : ☐ Ou servir fioles : ☐ QT : _____ F : _____ S : ☐ R : ☐
3	**Anticholinergique**	_____ Initiales Scopolamine ☐ 0,4 mg SC ☐ 0,6 mg SC ☐ 0,8 mg SC (dose maximale)	X 1 dose, ne pas répéter	Servir seringues : ☐ Ou servir fioles : ☐ Qté : _____ Ren : _____ S : ☐ R : ☐

☐ Aviser médecin immédiatement après la première administration
☐ Aviser médecin après l'épisode de détresse
☐ Aviser médecin : _____

Nom du pharmacien : _____ Télécopieur : _____
Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé.

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (initiales)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (initiales)

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

AIDE-MÉMOIRE CLINIQUE
Arbre décisionnel- Ordonnance de détresse

Préalables
- Ordonnance médicale de détresse (OIPI-790) complétée par le prescripteur.
- Usager sans réanimation cardiorespiratoire (RCR) ni ventilation assistée.

Indication : Détresse aiguë subite.

↓

Présence des **DEUX** critères suivants :

↓

Critère 1 : État de panique
Présence d'au moins un des signes suggestifs suivants :

- Terreur.
- Agitation presque constante.
- Anxiété intense (regard effrayé; yeux écarquillés; muscles du visage contractés; froncement des sourcils; bouche ouverte; dents serrées).
- Aucune position confortable.
- Mouvements fréquents non intentionnels.

ET

Critère 2 : Une des trois manifestations cliniques

Détresse respiratoire majeure subite		**Douleur incontrôlable sévère**		**Hémorragie massive**
Présence d'au moins un des signes suggestifs suivants : • Difficulté respiratoire intolérable et constante. • Tachypnée. • Attention obnubilée par le besoin d'air. • Tirage. • Embarras bronchique sévère.	**OU**	Apparition subite ou augmentation rapide (non soulagée par médication régulière et PRN)	**OU**	Saignement impossible à contrôler

Contre-Indications
- Usager inconscient.
- Usager qui présente une manifestation clinique isolée ou un seul symptôme réfractaire qui n'est pas accompagné d'un état de panique.

↓

Administrer les médicaments prescrits pour la gestion de symptômes.

Se référer au prescripteur si symptômes réfractaires.

Administration
- Début d'action rapide, environ 10 minutes
- Durée d'action entre 2 et 4 heures.

1er : Administrer la benzodiazépine
- Effet sédatif, anxiolytique, amnésiant et myorelaxant.

2e : Administrer l'opioïde
- Diminue la dyspnée et la douleur.
- Diminue l'effort respiratoire.
- Potentialise l'effet sédatif de la benzodiazépine et de l'anticholinergique.

3e : Administrer l'anticholinergique
- Diminue la production de sécrétions et l'effort respiratoire.
- Effet sédatif et amnésiant.

Rester au chevet de l'usager et évaluer l'efficacité du traitement suivant l'administration

Surveiller la réponse associée au traitement et l'apparition d'effets indésirables :
- Confusion.
- Sécheresse de la bouche.
- Réactions paradoxales (agitation, trouble du comportement, agressivité).
- Globe vésical.

Enseignement

Expliquer les objectifs et les effets du traitement à la personne et ses proches.

Informer les proches que si le décès survient, celui-ci est relié à l'insuffisance respiratoire et non à la médication reçue.

Documenter adéquatement la gestion de l'épisode au dossier.

Références : INESSS. (2020-08). Protocole médical national- Détresse en soins palliatifs. Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Detresse/INESSS_PMN_Detresse_Protocole.pdf

Direction émettrice :	Direction des soins infirmiers	Entrée en vigueur :	2020-02-20
AMC-DSIEU-6020 (Rév. 2026-10)		Révision :	2026-10-26