

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

AIDE MEDICALE A MOURIR (AMM)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Note : Les médicaments doivent être répartis en deux trousse distinctes. Ils doivent être prêts à administrer sans autre manipulation dans la trousse 1 (sauf les médicaments pour l'induction d'un arrêt cardiaque et prolongation de l'état de conscience) et en fioles + matériel requis pour la préparation dans la trousse 2.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DE L'USAGER

Allergie sévère connue à l'un des médicaments utilisés dans l'AMM
☐ OUI (préciser) : _____ ☐ NON

☐ Poids supérieur à 150 kg

☐ Défibrillateur cardiaque implantable (DCI)

MODALITÉS ENTOURANT L'ADMINISTRATION DE L'AMM

S'agit-il d'une ordonnance en contexte d'une demande anticipée? ☐ Oui ☐ Non

Date et heure prévues de l'administration : _____ HH : HH
☐ En centre hospitalier ☐ En milieu de vie¹ (spécifier) : _____

Date et heure prévues pour la récupération des trousse : _____ HH : HH

Lieu prévu : _____

Date et heure prévues pour le retour des trousse : _____ HH : HH

Lieu prévu : _____

¹ Dans tout le document, l'utilisation de la mention « milieu de vie » inclut tous les milieux qui n'ont pas un accès direct à un plateau technique (Ex. : domicile, CHSLD, maison de soins palliatifs).

ANXIOLYSE

Initiales	Benzodiazépine	Quantité totale à répartir en 2 trousse	Posologie	Notes
	Midazolam 1 mg/mL	1 x 10 mg (10 mL) en seringue (trousse 1) 1 x 10 mg (10 mL) en fiole (trousse 2)	10 mg (10 mL) IV en 15 à 20 secondes	Attendre 45 à 60 secondes avant de passer à l'étape suivante

ANALGÉSIE LOCALE

Sélectionner UN anesthésique local :

Initiales	Anesthésique local	Quantité totale à répartir en 2 trousse	Posologie	Notes
	Lidocaïne sans épinéphrine 20 mg/mL	1 x 40 mg (2 mL) en seringue (trousse 1) 1 x 40 mg (2 mL) En fiole (trousse 2)	40 mg (2 mL) IV en 30 secondes	En 1ère intention
	Sulfate de magnésium 500 mg/mL	1 x 1000 mg (2 mL) en seringue (trousse 1) 1 x 1000 mg (2 mL) en fiole (trousse 2)	1000 mg (2 mL) (compléter <i>ad</i> 10 mL avec NaCl 0,9%) en injection IV lente (5 minutes)	En 2e intention, si allergie à la lidocaïne

Date et heure (aaaa/mm/jj) _____ Signature du prescripteur _____ # permis _____

☐ Envoyé par _____ (init.) _____ Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

AIDE MEDICALE A MOURIR (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

INDUCTION DU COMA

Sélectionner UN inducteur de coma :

Initiales	Inducteur de coma	Quantité totale à répartir en 2 trousse	Posologie	Notes
	Propofol 10 mg/mL	2 x 500 mg (50 mL) en seringue (trousse 1) 2 x 500 mg (50 mL) en fiole (trousse 2)	1000 mg (100 mL) en injection IV lente (2 à 5 minutes, soit 1 à 2,5 minutes par seringue) Utiliser 2 seringues de 500 mg (50 mL) En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose	En 1 ^{ère} intention Agiter avant usage Ne pas réfrigérer
	Phénobarbital 120 mg/mL (25 x 1 mL)	2 x 2 x 3000 mg (25 mL) en seringue (trousses 1 et 2)	3000 mg (25 mL) (Compléter ad 50 mL avec NaCl 0,9%) en injection IV lente en 2 à 5 minutes En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose	En 2 ^e intention

BLOPAGE NEUROMUSCULAIRE

Sélectionner UN bloqueur neuromusculaire :

Initiales	Bloqueur neuromusculaire	Quantité totale à répartir en 2 trousse	Posologie	Notes
	Bésylate de cisatracurium 2 mg/mL	1 x 30 mg (15 mL) en seringue (trousse 1) 1 x 30 mg (15 mL) en fiole (trousse 2)	30 mg (15 mL) IV rapide	En 1 ^{ière} intention
	Bromure de rocuronium 10 mg/mL	1 x 200 mg (20 mL) en seringue (trousse 1) 1 x 200 mg (20 mL) en fiole (trousse 2)	200 mg (20 mL) IV rapide	En 2 ^e intention

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

AIDE MEDICALE A MOURIR (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

INDUCTION D'UN ARRÊT CARDIAQUE (trousse 1 seulement)

Initiales	Anesthésique local	Quantité	Posologie	Notes
	Bupivacaïne 5 mg/mL	4 x 100 mg (80 mL) en fiole (trousse 1)	400 mg (80 mL) IV en 2 à 4 minutes	Envisager si délai avant arrêt cardiaque dépasse 10 minutes

PROLONGATION DE L'ÉTAT D'INCONSCIENCE SI PERTE DE L'ACCÈS VEINEUX (trousse 1 seulement)

Initiales	Anxiolytique	Quantité	Posologie	Notes
	Midazolam 5 mg/mL	1 x 10 mg (2 mL) en fiole (trousse 1)	5 à 10 mg (1 à 2 mL) SC ou IM	Administrer au besoin une dose supplémentaire après 60 minutes
	Méthotriméprazine 25 mg/mL	2 x 25 mg (1 mL) en fiole (trousse 1)	12,5 à 25 mg (0,5 à 1 mL) SC ou IM	

RINÇAGE DU DISPOSITIF D'INJECTION avant de commencer le protocole, après administration de l'inducteur de coma et après injection du bloqueur neuromusculaire

Initiales	Solution saline	Quantité totale à répartir en 2 trousse	Posologie
	NaCl 0,9%	2 x 3 x 10 mL Seringue commerciale	1 x 10 mL IV pour vérifier la perméabilité du cathéter 1 x 10 mL IV après l'injection de l'inducteur de coma 1 x 10 mL IV après l'injection du bloqueur neuromusculaire

MATÉRIEL REQUIS POUR LA PRÉPARATION DE LA TROUSSE 2

Quantité	Matériel
3	Seringue de 50 mL
1	Seringue de 20 mL
1	Seringue de 10 mL
2	Seringue de 3 mL
6	Aiguille 18 G de 1 pouce

Les médicaments et le matériel doivent être fournis dans deux trousse distinctes dans un contenant scellé. Le matériel doit être compatible avec celui qui est utilisé dans le milieu de soins de l'utilisateur.

Chaque médicament doit être préparé en suivant la *Norme 2014.01 – Préparation de produits stériles non dangereux en pharmacie* et chaque seringue doit être étiquetée selon le *Règlement sur l'étiquetage des médicaments et des poisons*. Chaque seringue doit de plus être identifiée au nom de l'utilisateur et à son numéro d'assurance maladie (RAMQ), elle doit aussi être prête à administrer (trousse 1 seulement) et être numérotée selon l'ordre prévu d'administration.

Nom du prescripteur : _____ Téléphone : _____

N° de permis d'exercice : _____ Date : _____

Lieu d'exercice : _____ Signature : _____

Adresse de correspondance : _____

NOTES AU PRESCRIPTEUR : - Si l'utilisateur y consent, joindre une copie du formulaire de demande d'AMM qu'il a signé.
- Remplir le registre d'utilisation des médicaments d'AMM avec le pharmacien.
- Rapporter tout médicament, matériel et seringues vides à la pharmacie après l'administration de l'AMM.

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)