

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

## AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM) ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DE L'USAGER

Poids plus grand ou égal à 150 kg

Allergies aux médicaments à administrer  NON  OUI Préciser \_\_\_\_\_

Antécédent d'une réaction paradoxale aux benzodiazépines  NON  OUI Préciser \_\_\_\_\_

Antécédent d'abus de substance  NON  OUI Préciser \_\_\_\_\_

Diagnostic principal \_\_\_\_\_

Présence de  Maladie grave et incurable  Déclin avancé et irréversible et Souffrance, spécifier  Physique  Psychique

Approches palliatives tentées  NON  OUI Préciser \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux et autres renseignements pertinents \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS DU PRESCRIPTEUR

Nom du médecin \_\_\_\_\_ N° permis d'exercice \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE MOMENT ET LE LIEU DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Lieu  À domicile  En installation, spécifier \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm

### MODALITÉ DE LIVRAISON DE LA MÉDICAMENTATION

#### RÉCEPTION DES TROUSSES (possible la veille ou le jour même de l'AMM)

Le médecin récupère lui-même les troussees au lieu et au moment choisi.

Moment prévu pour la récupération des troussees Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm

Lieu prévu (choisir parmi les choix suivants)

<p><b>Spécifier l'unité/étage/local, s'il y a lieu</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de Baie-Saint-Paul _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de La Malbaie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de Portneuf _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital Jeffery Hale _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital Saint-Anne-de-Beaupré _____</p> <p><input type="checkbox"/> CHSLD Chauveau _____</p> <p><input type="checkbox"/> CHSLD Charlesbourg _____</p>	<p><input type="checkbox"/> AUTRE LIEU</p> <p>Spécifier _____</p> <hr/> <p>N° civique Rue Local</p> <hr/> <p>Ville Province Code postal</p>
--	---

### RETOUR DES TROUSSES

Moment prévu pour le retour des troussees Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh:mm

Lieu prévu (choisir parmi les choix suivants)

<p><input type="checkbox"/> Pharmacies du CIUSSS de la Capitale-Nationale (Le médecin retourne lui-même les troussees à la pharmacie choisie au moment qui lui convient entre 8 h et 16 h les jours ouvrables).</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de Baie-Saint-Paul..... local B2-310</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de La Malbaie ..... local A-103</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de Portneuf..... local C-032</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital Jeffery Hale ..... local 371</p> <p><input type="checkbox"/> IUSMQ..... local M-1419</p> <p><input type="checkbox"/> CHSLD Christ-Roi ..... local 537</p> <p><input type="checkbox"/> CHSLD St-Augustin ..... local 100</p>	<p><input type="checkbox"/> AUTRE LIEU (Le médecin remet lui-même les troussees au transporteur au lieu et au moment identifié avant 15 h le jour de l'AMM ou le lendemain à partir de 9 h).</p> <p>Spécifier _____</p> <hr/> <p>N° civique Rue Local</p> <hr/> <p>Ville Province Code postal</p>
---	---

<b>ORDONNANCE INDIVIDUELLE</b> Sélectionner un choix pour chaque classe de médicaments.	
<b>ANXIOLYSE</b>	
<input type="checkbox"/> Midazolam 1 mg/ml	1 x 10 mg (10 ml en seringue) 2,5 à 10 mg (2,5 à 10 ml) intraveineux (IV) en 2 minutes, à titrer selon la réponse de l'utilisateur.
<b>ANESTHÉSIQUE LOCAL</b>	
<b>En 1<sup>re</sup> intention</b>	
<input type="checkbox"/> Lidocaïne sans épinéphrine 20 mg/ml	40 mg (2 ml en seringue) IV en 30 secondes.
<b>OU</b>	
<b>En 2<sup>e</sup> intention, si allergie à la lidocaïne</b>	
<input type="checkbox"/> Sulfate de magnésium 500 mg/ml	1000 mg (2 ml en seringue) compléter jusqu'à 10 ml avec NaCl 0,9% Administrer en injection IV lente (5 minutes).
<b>INDUCTION DU COMA</b>	
<b>En 1<sup>re</sup> intention</b>	
<input type="checkbox"/> Propofol 10 mg/ml	4 x 500 mg (50 ml en seringue). Utiliser 2 seringues de 500 mg en injection IV lente (5 minutes). En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose.
<b>OU</b>	
<b>En 2<sup>e</sup> intention</b>	
<input type="checkbox"/> Phénobarbital 120 mg/ml	2 x 3000 mg (25 ml en seringue) compléter jusqu'à 50 ml avec NaCl 0,9% et administrer en injection IV lente (5 minutes). En cas de doute sur l'induction du coma, augmenter la dose.
<b>BLOQUEUR NEUROMUSCULAIRE</b>	
<input type="checkbox"/> Bésylate de cisatracurium 2 mg/ml	30 mg (15 ml en seringue) IV rapide
<b>OU</b>	
<b>Alternatives de traitement</b>	
<input type="checkbox"/> Bésylate de atracurium 10 mg/ml	100 mg (10 ml en seringue) IV rapide
<b>OU</b>	
<input type="checkbox"/> Bromure de rocuronium 10 mg/ml	200 mg (20 ml en seringue) IV rapide
<b>RINÇAGE DU DISPOSITIF D'INJECTION</b>	
Rincer le dispositif d'injection avec une solution saline <b>avant de commencer le protocole, après administration de l'inducteur de coma et après injection du bloqueur neuromusculaire.</b>	
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	1 x 10 ml IV pour vérifier la perméabilité du cathéter 1 x 10 ml IV après injection de l'inducteur de coma 1 x 10 ml IV après l'injection du bloqueur neuromusculaire 1 x 10 ml seringue supplémentaire, à utiliser si besoin
<b>MÉDICATION SUR DEMANDE, UNIQUEMENT DANS LA TROUSSE PRINCIPALE, LORSQUE SPÉCIFIÉE PAR LE PRESCRIPTEUR</b>	
<b>INDUCTEUR DE L'ARRÊT CARDIAQUE</b>	
<input type="checkbox"/> Bupivacaïne 5 mg/ml	<input type="checkbox"/> 4 x 100 mg (20 ml en fiole) <b>OU</b> <input type="checkbox"/> 2 x 200 mg (40 ml en seringue)
<b>PROLONGATION DE L'ÉTAT D'INCONSCIENCE EN CAS DE PERTE DE L'ACCÈS VEINEUX</b>	
<input type="checkbox"/> Lorazépam 4 mg/ml	1 x 4 mg (1 ml en fiole)
<b>OU</b>	
<input type="checkbox"/> Méthotriméprazine 25 mg/ml	4 x 25 mg (1 ml en ampoule)
<b>DOCUMENTS À JOINDRE À L'ORDONNANCE</b>	
<input type="checkbox"/> Profil pharmacologique à jour.	<input type="checkbox"/> Formulaire de demande d'AMM dûment complété.
<b>ENVOI DE L'ORDONNANCE AU PHARMACIEN (AMM en installation ou à domicile)</b>	
<input type="checkbox"/> Télécopier l'ordonnance individuelle standardisée à la pharmacie distributrice au 418 435-0012.	
<input type="checkbox"/> Appeler à la pharmacie distributrice au 418 435-9338 afin de s'assurer de la réception de l'ordonnance.	
<input type="checkbox"/> Déposer l'original de l'ordonnance au dossier de l'utilisateur.	
Pour toutes questions relatives à la gestion de l'ordonnance individuelle ou des conseils pharmacologiques, communiquer avec le pharmacien.	
Pour toutes autres questions, contacter le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) au 581 993-4483.	
Date _____ aaaa/mm/jj	Signature _____ Médecin
Légende : CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec	