

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>Spécifier l'unité/étage/local, s'il y a lieu</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>
---	---

ORDONNANCE INDIVIDUELLE Sélectionner un choix pour chaque classe de médicaments.	
ANXIOLYSE	
<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.
ANESTHÉSIQUE LOCAL	
En 1^{re} intention	
<input type="checkbox"/> Lidocaïne sans épinéphrine 20 mg/ml	40 mg (2 ml en seringue) IV en 30 secondes.
OU	
En 2^e intention, si allergie à la lidocaïne	
<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).
INDUCTION DU COMA	
En 1^{re} intention	
<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.
OU	
En 2^e intention	
<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.
BLOQUEUR NEUROMUSCULAIRE	
<input type="checkbox"/> Bésylate de cisatracurium 2 mg/ml	30 mg (15 ml en seringue) IV rapide
OU	
Alternatives de traitement	
<input type="checkbox"/> Bésylate de atracurium 10 mg/ml	100 mg (10 ml en seringue) IV rapide
OU	
<input type="checkbox"/> Bromure de rocuronium 10 mg/ml	200 mg (20 ml en seringue) IV rapide
RINÇAGE DU DISPOSITIF D'INJECTION	
Rincer le dispositif d'injection avec une solution saline avant de commencer le protocole, après administration de l'inducteur de coma et après injection du bloqueur neuromusculaire.	
<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
MÉDICATION SUR DEMANDE, UNIQUEMENT DANS LA TROUSSE PRINCIPALE, LORSQUE SPÉCIFIÉE PAR LE PRESCRIPTEUR	
INDUCTEUR DE L'ARRÊT CARDIAQUE	
<input type="checkbox"/> Bupivacaïne 5 mg/ml	<input type="checkbox"/> 4 x 100 mg (20 ml en fiole) OU <input type="checkbox"/> 2 x 200 mg (40 ml en seringue)
PROLONGATION DE L'ÉTAT D'INCONSCIENCE EN CAS DE PERTE DE L'ACCÈS VEINEUX	
<input type="checkbox"/> Lorazépam 4 mg/ml	1 x 4 mg (1 ml en fiole)
OU	
<input type="checkbox"/> Méthotriméprazine 25 mg/ml	4 x 25 mg (1 ml en ampoule)
DOCUMENTS À JOINDRE À L'ORDONNANCE	
<input type="checkbox"/> Profil pharmacologique à jour.	<input type="checkbox"/> Formulaire de demande d'AMM dûment complété.
ENVOI DE L'ORDONNANCE AU PHARMACIEN (AMM en installation ou à domicile)	
<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 _____	Signature _____
aaaa/mm/jj	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	