

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 (OIS)**

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES DE L'USAGER

☐ Poids plus grand ou égal à 150 kg
Allergies aux médicaments à administrer ☐ OUI ☐ NON Préciser _____
Antécédent d'une réaction paradoxale aux benzodiazépines ☐ OUI ☐ NON Préciser _____
Antécédent d'abus de substance ☐ OUI ☐ NON Préciser _____
Diagnostic principal _____ ☐ AMM suite à une DAAMM
Présence de : ☐ Maladie grave et incurable ☐ Déclin avancé et irréversible et Souffrance, spécifier ☐ Physique ☐ Psychique
Approches palliatives tentées ☐ OUI ☐ NON Préciser _____
Antécédents médicaux et autres renseignements pertinents _____

RENSEIGNEMENTS DU PRESCRIPTEUR

Nom du professionnel compétent _____ Numéro de permis _____
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

TYPE DE TROUSSE PRINCIPALE DÉSIRÉE : ☐ En seringues prêtes à l'emploi ☐ En fioles

MODALITÉ DE LIVRAISON DE LA MÉDICATION

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

Le professionnel compétent récupère lui-même les trousse au lieu et au moment choisi.

Moment prévu pour la récupération des trousse Date _____ Heure _____
aaaa/mm/jj hh:mm

Lieu prévu (choisir parmi les lieux suivants)

Spécifier l'unité/étage/local, s'il y a lieu ☐ Hôpital de Baie-Saint-Paul _____ ☐ Hôpital de La Malbaie _____ ☐ Hôpital de Portneuf _____ ☐ IUSMQ _____ ☐ CHSLD Christ-Roi _____ ☐ CHSLD St-Augustin _____	☐ AUTRE LIEU Spécifier _____ _____ Numéro civique Rue Local _____ Ville Province Code postal
---	--

Nom :

N° dossier :

RETOUR DES TROUSSES

Moment prévu pour la récupération des trousses

Date _____ Heure _____
aaaa/mm/jj hh:mm

Lieu prévu (choisir parmi les lieux suivants)

☐ Pharmacies du CIUSSS de la Capitale-Nationale (Le professionnel retourne lui-même les trousses à la pharmacie choisie au moment qui lui convient entre 8 h et 16 h les jours ouvrables).

☐ Hôpital de Baie-Saint-Paul local B2-310

☐ Hôpital de La Malbaie local A-103

☐ Hôpital de Portneuf local C-162

☐ IUSMQ..... local M-1419

☐ CHSLD Christ-Roi local 537

☐ CHSLD St-Augustin local 100

☐ AUTRE LIEU (Le professionnel remet lui-même les trousses au transporteur au lieu et au moment identifié avant 15 h le jour de l'AMM ou le lendemain à partir de 9 h).

Spécifier _____

Numéro civique Rue Local

Ville Province Code postal

ORDONNANCE INDIVIDUELLE Sélectionner un choix pour chaque classe de médicaments.

En situation exceptionnelle, l'administration intraveineuse (IV) de la médication peut être remplacée par l'administration par voie intra-osseuse (IO) aux mêmes doses.

ANXIOLYSE

☐ 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

☐ Lidocaïne 2 % 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

☐ Sulfate de magnésium 500 mg/ml ou 1000 mg soit 2 ml (si fiole 500 mg/ml) ou 5 ml (si fiole 200 mg/ml) IV lent (5 minutes) en seringue et compléter jusqu'à 10 ml avec NaCl 0,9 %

INDUCTION DU COMA

En 1^{re} intention

☐ 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

☐ Phénobarbital 120 mg/ml (si coché : 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

☐ Bésylate de cisatracurium 2 mg/ml 30 mg (15 ml en seringue) IV rapide

OU

☐ 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.

☐ 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**

- ☐ Bupivacaïne 0,5 % 5 mg/ml ☐ 2 x 200 mg (40 ml en seringue) IV en 2 à 4 min
☐ 400 mg à servir en fioles IV en 2 à 4 min

PROLONGATION DE L'ÉTAT D'INCONSCIENCE EN CAS DE PERTE DE L'ACCÈS VEINEUX

- ☐ Lorazépam 4 mg/ml 1 x 4 mg (1 ml en fiole) SC
OU
☐ Méthotriméprazine 25 mg/ml 4 x 25 mg (1 ml en ampoule) SC ou IM

SÉDATION POUR ADMINISTRATION PAR VOIE INTRA-OSSEUSE (IO) (SERVIE EN FIOLE)

- ☐ Trousse d'installation voie intra-osseuse Perceuse et aiguilles
 – Midazolam **5 mg/ml** 5 à 20 mg (1 à 4 ml) sous-cutané (SC) (attention il s'agit d'une concentration plus élevée que pour l'administration IV)
 – Lidocaïne 2 % sans épinéphrine 20 mg/ml 200 mg (10 ml) à titrer en SC puis par voie intra-osseuse (IO) 1 ml/min jusqu'à soulagement de la douleur
 – NaCl 0,9 % 10 à 15 ml par voie intra-osseuse (IO) afin de détruire les trabécules de l'os spongieux

DOCUMENTS À JOINDRE À L'ORDONNANCE ☐ Profil pharmacologique à jour ☐ Formulaire de demande d'AMM dûment complété**ENVOI DE L'ORDONNANCE AU PHARMACIEN (AMM en installation ou à domicile)**

- ☐ Pour une trousse principale en seringues prêtes à l'emploi :
☐ Télécopier l'ordonnance individuelle standardisée à la pharmacie distributrice au 418 435-0012
☐ Appeler à la pharmacie distributrice au 418 435-9338 afin de s'assurer de la réception de l'ordonnance
- ☐ Pour une trousse principale en fioles (également disponible dans le secteur de Charlevoix) :
☐ Télécopier l'ordonnance individuelle standardisée à la pharmacie distributrice le plus proche du lieu de l'AMM
☐ Appeler à la pharmacie distributrice afin de s'assurer de la réception de l'ordonnance

Pharmacie site Saint-Augustin (Beauport) :	Téléphone : 418-667-3910, poste 13905	Télécopieur : 418-667-7655
Pharmacie Hôpital de Saint-Raymond (Portneuf) :	Téléphone : 418-337-4611, poste 76412	Télécopieur : 418-337-1362
Pharmacie site Christ-Roi (Québec métro) :	Téléphone : 418-682-1751	Télécopieur : 418-682-1730
Pharmacie de l'Hôpital de Baie-St-Paul :	Téléphone : 418 435-9338	Télécopieur : 418 435-0012
Pharmacie de l'IUSMQ :	Téléphone : 418 663-5000, poste 26653	Télécopieur : 418 666-6463

- ☐ 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 _____ Profession _____ Numéro permis _____
 aaaa/mm/jj

Légende

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée
 CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
 DAAMM : Demande anticipée d'aide médicale à mourir
 h : heure

IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec
 mg : milligramme
 ml : millilitre
 NaCl : chlorure de sodium

Section réservée pour la signature électronique