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 trousses au lieu et au moment choisi.

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

Lieu prévu (choisir parmi les lieux suivants)

<p>Spécifier l'unité/étage/local, s'il y a lieu</p> <p>☐ Hôpital de Baie-Saint-Paul _____</p> <p>☐ Hôpital de La Malbaie _____</p> <p>☐ Hôpital de Portneuf _____</p> <p>☐ IUSMQ _____</p> <p>☐ CHSLD Christ-Roi _____</p> <p>☐ CHSLD St-Augustin _____</p>	<p>☐ AUTRE LIEU</p> <p>Spécifier _____</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Numéro civique</td> <td style="width: 33%;">Rue</td> <td style="width: 33%;">Local</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Ville</td> <td>Province</td> <td>Code postal</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Numéro civique	Rue	Local	_____	_____	_____	Ville	Province	Code postal	_____	_____	_____
Numéro civique	Rue	Local											
_____	_____	_____											
Ville	Province	Code postal											
_____	_____	_____											

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 200 mg/ml (selon fiole disponible) 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 : trousse en seringue seulement) 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

Nom :

N° dossier :

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	IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec
CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	mg : milligramme
DAAMM : Demande anticipée d'aide médicale à mourir	ml : millilitre
h : heure	NaCl : chlorure de sodium

Section réservée pour la signature électronique