

Lieu d'administration

Établissement:

Installation:

Identification de la personne

Nom, prénom:

N° de RAMQ:

N° de dossier:

Diagnostics et comorbidités pertinents

Symptômes réfractaires justifiant la SPC

Détresse psychologique ou existentielle

Douleur intraitable ou intolérable

Détresse respiratoire récidivante

Dyspnée progressive et incontrôlable

Sécrétions bronchiques abondantes

Détresse hémorragique

Délirium hyperactif

Nausées ou vomissements incoercibles

Convulsions

Autre état réfractaire (préciser):

Résumé de la situation clinique

Second avis demandé: Oui Non

Estimation du pronostic:

Essais thérapeutiques antérieurs en lien avec les symptômes justifiant la SPC

Pharmacologiques:

Non pharmacologiques:

Obtention d'un consentement écrit

Oui - joindre une copie du formulaire de consentement (AH-880-DT-9231)

Non, justifier:

Consultation des proches et de l'équipe interdisciplinaire

	Rencontres (dates)		Commentaires
Proches	____/____/____ ____/____/____	Approbation Oui Non	
Équipe interdisciplinaire	____/____/____ ____/____/____	Consultée Oui Non	



Sédation palliative continue

Médication	Voie d'administration SC, IV	Date, heure et dose d'induction ___/___/___ h ___	Date, heure et dose de maintien initiale ___/___/___ h ___	Date, heure et dose de maintien finale ___/___/___ h ___
Lorazépam				
Midazolam				
Méthotriméprazine				
Phénobarbital				
Propofol				
Scopolamine				
Autres				

Délai avant d'obtenir le niveau de sédation visé (RASS -4 ou -5)**Évolution jusqu'au décès**

Mort paisible

Décès constaté le: ___/___/___ h ___

Soulagement incomplet ou complications - préciser:

Résumé de l'évolution clinique sous sédation et informations complémentaires**Déclaration de la sédation palliative continue**

Formulaire de déclaration rempli le: ___/___/___

Transmis le: ___/___/___

Selon le cas**IPS****Médecin**Exerce dans un centre exploité
par un établissement

À la DSI

Au CMDP

Exerce dans un cabinet privé de
professionnelOIIQ, Direction Surveillance
et inspection professionnelle
(dsip@oiiq.org)CMQ, Direction générale
(ctsfv@cmq.org)**Identification du professionnel compétent**

IPS

Médecin

Nom, prénom:

Permis d'exercice:

Cellulaire ou téléphone:

Courriel:

Signature:

Date: ___/___/___