



## DÉCLARATION DE LA SÉDATION CONTINUE

Direction des services professionnels

### Coordonnées de l'établissement ou du médecin responsable

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) : \_\_\_\_\_

Site de soins (cochez) :

Domicile     CHSLD     Maison de soins palliatifs     CHSGS

Nom de l'institution : \_\_\_\_\_

Nom du médecin responsable : \_\_\_\_\_

### Diagnostic prépondérant et condition clinique

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Symptômes justifiant d'envisager une sédation palliative continue (cochez)

- Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable
- Détresses respiratoires majeures et récidivantes
- Dyspnée progressive et incontrôlable
- Convulsions réfractaires
- Douleur intraitable et intolérable
- Sécrétions bronchiques très abondantes et réfractaires
- Détresse hémorragique
- Nausées et vomissements incoercibles
- Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort
- Autre état réfractaire – justifiez : \_\_\_\_\_



### Essais thérapeutiques antérieurs

Pharmacologiques \_\_\_\_\_

Dont une sédation intermittente     Oui     Non

Non pharmacologiques \_\_\_\_\_

### Estimation du pronostic vital

Durée anticipée de la sédation continue \_\_\_\_\_

### Recours à la sédation palliative continue

Oui  
 Non – justifiez \_\_\_\_\_

Second avis demandé :  Oui     Non

### Obtention d'un consentement écrit

Oui  
 Non – justifiez \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

**Médication prescrite**

Voie d'administration	Dosage au début	Date	Dosage à la fin	Date
Lorazépam				
Midazolam				
Méthotriméprazine				
Chlorpromazine				
Phénobarbital				
Propofol				
Scopolamine				
Autres				

**Hydratation**

**Naturelle**

- Cessée spontanément par l'usager, le \_\_\_\_\_
- Cessée à l'initiative du médecin, le \_\_\_\_\_

**Artificielle**

- Cessée le \_\_\_\_\_

**Nutrition**

**Naturelle**

- Cessée spontanément par l'usager, le \_\_\_\_\_
- Cessée à l'initiative du médecin, le \_\_\_\_\_

**Artificielle**

- Cessée le \_\_\_\_\_

**Évolution jusqu'au décès**

- Mort paisible
- Soulagement incomplet \_\_\_\_\_
- Complications \_\_\_\_\_
- Décès constaté le \_\_\_\_\_

**Attitude des proches/de l'équipe soignante, tout au long du processus**

	Rencontre	Désaccord	Approbation	Collaboration
Proches				
Équipe soignante				

Formulaire de déclaration rempli le \_\_\_\_\_  
 et une copie est transmise le \_\_\_\_\_

- au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens<sup>1</sup>  
 Secrétariat du CMDP du CISSS du Bas-Saint-Laurent, 150, avenue Rouleau, Rimouski (Québec) G5L 5T1
- au Collège des médecins du Québec<sup>2</sup>  
 2170, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec) H3H 2T8

1 Si le médecin est membre du CMDP que l'acte soit effectué en établissement, à domicile ou en maison de soins palliatifs

2 Si le médecin exerce en cabinet privé de professionnel et n'est pas membre du CMDP

Document tiré du Guide d'exercice (La Sédation palliative en fin de vie) déposé par le Collège des médecins du Québec en mai 2015

NOM DU MÉDECIN RESPONSABLE : \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE PERMIS : \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_