

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 (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 Si oui, préciser \_\_\_\_\_

Antécédent d'une réaction paradoxale aux benzodiazépines  OUI  NON Si oui, préciser \_\_\_\_\_

Antécédent d'abus de substance  OUI  NON Si oui, préciser \_\_\_\_\_

Diagnostic principal \_\_\_\_\_

Présence de  Maladie grave et incurable  Déclin avancé et irréversible et Souffrance, spécifier  Physique  Psychique

Approches palliatives tentées  OUI  NON Si oui, préciser \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux et autres renseignements pertinents \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS DU PRESCRIPTEUR

Nom du professionnel compétent \_\_\_\_\_ Numéro 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 MÉDICAMENTATION

#### 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 choisis.

Moment prévu pour la récupération des trousses Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Lieu prévu (choisir parmi les lieux suivants) aaaa/mm/jj hh:mm

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

### RETOUR DES TROUSSES

Moment prévu pour le retour des trousses Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Lieu prévu (choisir parmi les lieux suivants) aaaa/mm/jj hh:mm

<input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> 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).
<input type="checkbox"/> Hôpital de Baie-Saint-Paul ..... local B2-310	Spécifier _____
<input type="checkbox"/> Hôpital de La Malbaie ..... local A-103	_____
<input type="checkbox"/> Hôpital de Portneuf ..... local C-162	_____
<input type="checkbox"/> IUSMQ ..... local M-1419	_____
<input type="checkbox"/> CHSLD Christ-Roi ..... local 537	_____
<input type="checkbox"/> CHSLD St-Augustin ..... local 100	_____
	Numéro civique Rue Local
	Ville Province Code postal

Nom :

N° dossier :

<b>ORDONNANCE INDIVIDUELLE</b> Sélectionner un choix pour chaque classe de médicaments.			
<b>ANXIOLYSE</b>			
<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.		
<b>ANESTHÉSIQUE LOCAL</b>			
<b>En 1<sup>re</sup> intention</b>			
<input type="checkbox"/> Lidocaïne sans épinéphrine 20 mg/ml	40 mg (2 ml en seringue) IV en 30 secondes.		
<b>OU</b>			
<b>En 2<sup>e</sup> intention, si allergie à la lidocaïne</b>			
<input type="checkbox"/> 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) en seringue et compléter jusqu'à 10 ml avec NaCl 0,9%		
<b>INDUCTION DU COMA</b>			
<b>En 1<sup>re</sup> intention</b>			
<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.		
<b>OU</b>			
<b>En 2<sup>e</sup> intention</b>			
<input type="checkbox"/> 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.		
<b>BLOQUEUR NEUROMUSCULAIRE</b>			
<input type="checkbox"/> Bésylate de cisatracurium 2 mg/ml	30 mg (15 ml en seringue) IV rapide		
<b>OU</b>			
<input type="checkbox"/> Bromure de rocuronium 10 mg/ml	200 mg (20 ml en seringue) IV rapide		
<b>RINÇAGE DU DISPOSITIF D'INJECTION</b>			
Rincer le dispositif d'injection avec une solution saline <b>avant de commencer le protocole, après administration de l'inducteur de coma et après injection du bloqueur neuromusculaire.</b>			
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	1 x 10 ml IV pour vérifier la perméabilité du cathéter 1 x 10 ml IV après l'injection du bloqueur neuromusculaire	1 x 10 ml IV après injection de l'inducteur de coma 1 x 10 ml seringue supplémentaire, à utiliser si besoin	
<b>MÉDICATION SUR DEMANDE, UNIQUEMENT DANS LA TROUSSE PRINCIPALE, LORSQUE SPÉCIFIÉE PAR LE PRESCRIPTEUR</b>			
<b>INDUCTEUR DE L'ARRÊT CARDIAQUE</b>			
<input type="checkbox"/> Bupivacaïne 5 mg/ml	<input type="checkbox"/> 4 x 100 mg (20 ml en fiole) <b>OU</b> <input type="checkbox"/> 2 x 200 mg (40 ml en seringue)		
<b>PROLONGATION DE L'ÉTAT D'INCONSCIENCE EN CAS DE PERTE DE L'ACCÈS VEINEUX</b>			
<input type="checkbox"/> Lorazépam 4 mg/ml	1 x 4 mg (1 ml en fiole)		
<b>OU</b>			
<input type="checkbox"/> Méthotriméprazine 25 mg/ml	4 x 25 mg (1 ml en ampoule)		
<b>DOCUMENTS À JOINDRE À L'ORDONNANCE</b> <input type="checkbox"/> Profil pharmacologique à jour. <input type="checkbox"/> Formulaire de demande d'AMM dûment complété.			
<b>ENVOI DE L'ORDONNANCE AU PHARMACIEN (AMM en installation ou à domicile)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Pour une trousse principale en seringues prêtes à l'emploi :</b>			
<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"/> <b>Pour une trousse principale en fioles (également disponible dans le secteur de Charlevoix) :</b>			
<input type="checkbox"/> Télécopier l'ordonnance individuelle standardisée à la pharmacie distributrice le plus proche du lieu de l'AMM.			
<input type="checkbox"/> 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	
<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 _____		
Légende	aaaa/mm/jj	Professionnel compétent	
% : pourcentage	CHSLD : centre d'hébergement de soins de longue durée	CIUSSS : centre intégré de santé et de services sociaux	h : heure
IUSMQ : Institut universitaire en santé mentale de Québec	mg : milligramme	ml : millilitre	NaCl : chlorure de sodium

Section réservée pour la signature électronique

CN00266 (2024-01-24)