



ORDONNANCES

DÉTRESSE RESPIRATOIRE OU HÉMORRAGIE EN FIN DE VIE

INDICATION ET VOIE D'ADMINISTRATION :

- Détresse respiratoire ⇨ voie SC
 Hémorragie ⇨ voie IV

MÉDICAMENTS :

▶ ASSOCIATION DE 3 MÉDICAMENTS DANS L'ORDRE SUIVANT SOIT : BENZODIAZÉPINE + OPIOÏDE + AGENT ANTICHOLINERGIQUE

▶ POSOLOGIE : **Immédiatement et répéter 15 minutes plus tard pour 1 dose si besoin**

Si inefficace après 2 doses : Aviser médecin

Si efficace et récidive : Répéter au besoin

1. Benzodiazépine (voir verso - section sédation pour tableau de conversion)

10 mg / mL

- Lorazépam 1 mg ⇨ Si patient reçoit l'équivalent de < 2 mg par jour de lorazépam
 Lorazépam 2 mg ⇨ Si patient reçoit l'équivalent de 2 à 4 mg par jour de lorazépam
 Lorazépam 4 mg ⇨ Si patient reçoit l'équivalent de > 4 mg par jour de lorazépam

OU

- Midazolam _____ mg ⇨ utilisé si hémorragie (voir verso - section sédation pour dose)

2. Opioïde (voir verso - section opioïdes pour algorithme de conversion)

20 mg / mL

- Morphine 5 mg ⇨ Dose minimale de base
 Morphine 6 mg ⇨ Selon calcul de dose (Soit 1,5 x la dose régulière reçue en SC aux 4 heures)

OU

- Hydromorphone 1 mg ⇨ Dose minimale de base
 Hydromorphone _____ mg ⇨ Selon calcul de dose (Soit 1,5 x la dose régulière reçue en SC aux 4 heures)

3. Agent Anticholinergique (voir verso)

0,6 mg / mL

- Scopolamine 0,4 mg ⇨ Dose minimale de base ou si patient reçoit déjà scopolamine/glycopyrrolate (Robinul^{MD}) en PRN
 Scopolamine 0,8 mg ⇨ Si patient reçoit déjà scopolamine/glycopyrrolate (Robinul^{MD}) régulier

Date : XXXX/XX/XX Heure : XXhXX Signature du médecin : Mania N° du permis : 43987P

RÉFÉRENCES POUR LES MÉDECINS PRESCRIPTEURS ET LE PERSONNEL INFIRMIER

- ▶ **Objectif du traitement :** soulager, calmer et endormir le patient atteint d'une maladie terminale irréversible qui vit une situation critique.
- ▶ **Lignes directrices du traitement :**
 - ♦ amener une sédation rapide
 - ♦ anticiper ce problème en prescrivant d'avance cette ordonnance de détresse
 - ♦ discuter de ce traitement avec le patient et son entourage (éviter d'utiliser le terme « protocole », ceci pouvant susciter de l'anxiété et laisser croire à une injection pouvant mettre fin à la vie du patient).
- ▶ **Indication :**
 - ♦ risque de détresse respiratoire aiguë (dyspnée sévère avec signes d'agitation, d'anxiété ou de panique, de sensation d'étouffer, etc.).
 - ♦ risque d'hémorragie
- ▶ **Méthode d'administration :**
 - ♦ *Voie d'administration :*
 - La voie **S/C** est la voie généralement utilisée; on se sert du papillon identifié au nom du médicament à administrer ou S/C directement.
 - La voie **IV** serait à privilégier si une hémorragie est anticipée. On installe d'avance un bouchon hépariné.
- ▶ **Ajustement des doses :** À faire lors de modification dans la dose d'un des agents.

1. SÉDATION

Médicaments		Dose comparative
Alprazolam	Xanax ^{MD}	0,5 mg
Bromazépan	Lectopam ^{MD}	3 mg
Clonazépan	Rivotril ^{MD}	0,25 mg
Diazépan	Valium ^{MD}	5 mg
Flurazépan	Dalmane ^{MD}	15 mg
Lorazépan	Ativan ^{MD}	1 mg
Oxazépan	Sérox ^{MD}	15 mg
Témazépan	Restoril ^{MD}	10 mg

DoSES actuelles et conditions	Dose à donner
BZD* PRN ou die et poids < 70 kg	5 mg
BZD > die et poids > 70 kg	10 mg
BZD > bid et doses élevées	15 mg

*BZD = benzodiazépine NB: indépendamment de la dose

2. OPIOÏDES

FENTANYL TIMBRE	DOSE PROPOSÉE DANS L'ORDONNANCE DE DÉTRESSE	
	Hydromorphone sc	Morphine sc
12 µg/h	1 mg	5 mg
25 µg/h	1,5 mg	6 mg
37,5 µg/h	2 mg	9 mg
50 µg/h	2,5 mg	12 mg
75 µg/h	4 mg	20 mg
100 µg/h	5 mg	25 mg

ALGORITHME DE CONVERSION DES PRINCIPAUX OPIOÏDES

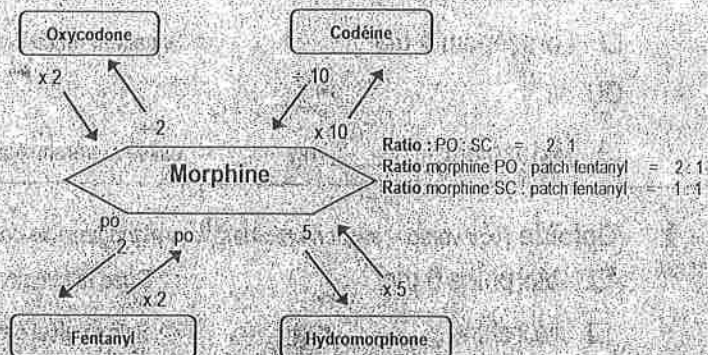


TABLEAU PROPOSANT UN EXEMPLE DE CALCUL POUR LA DOSE D'OPIOÏDE

MORPHINE Doses actuelles	Dose proposée	HYDROMORPHONE (Dilaudid) Doses actuelles	Dose proposée
Dose minimale ou si reçoit < 4 mg SC q 4h	5 mg	Dose minimale ou si reçoit < 1 mg SC q 4h	1 mg
Si reçoit ≥ 4 mg SC q 4h	1,5 x dose rég SC q 4h	Si reçoit ≥ 1 mg SC q 4h	1,5 mg x dose rég SC q 4h
Ex 1 : reçoit 5 mg SC q 4h 1) 1,5 x 5 mg = 7,5 mg à donner dans l'ordonnance de détresse		Ex 1 : reçoit 4 mg SC q 4h 1) 1,5 x 4 mg = 6 mg à donner dans l'ordonnance de détresse	
Ex 2 : reçoit Meslon 60 mg PO q 12h 1) Convertir en SC soit 120 mg po total, divisé en 2 = 60 mg SC/jr 2) Convertir en 6 doses (q4h) soit 60 mg divisé en 6 = 10 mg 3) Donc Meslon 60 mg po BID = morphine 10 mg SC q 4h 4) 1,5 mg x 10 mg = 15 mg à donner dans l'ordonnance de détresse		Ex 2 : Reçoit Hydromorp Contin 18 mg PO BID 1) Convertir en SC soit 36 mg po total divisé en 2 = 18 mg SC/jr 2) Convertir en 6 doses (q 4h) soit 18 mg divisé en 6 = 3 mg 3) Donc Hydromorp Contin 18 mg po BID = hydromorphone 3 mg SC q 4h 4) 1,5 mg x 3 mg = 4,5 mg à donner dans l'ordonnance de détresse	

3. AGENT ANTICHOLINERGIQUE : Utilisé pour diminuer les sécrétions ainsi que pour leur effet sédatif et amnésiant



DT9261

**NIVEAUX DE SOINS ET
RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE**

Les options ci-dessous ont une valeur indicative pour orienter des soins
qui sont médicalement appropriés.

BIEAU
MARIE
123456 1955-XX-XX
M F BIEM XXXX XXXX

Nom de l'établissement
CISSS DES LAURENTIDES / HOTEL DIEU

Réviser lors de tout changement d'état de santé ou à la demande de l'utilisateur/représentant en utilisant un nouveau formulaire.

Aptitude à discuter des niveaux de soins		
<input checked="" type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte : <input type="checkbox"/> Mandat homologué <input type="checkbox"/> Curatelle publique/privée; Nom : _____ <input type="checkbox"/> Mineur de moins de 14 ans Nom du tuteur, lien : _____		
Volontés antérieures : <input type="checkbox"/> Aucune disponible <input type="checkbox"/> Niveau de soins antérieur <input checked="" type="checkbox"/> Directive médicale anticipée <input type="checkbox"/> Testament de vie, autre		
Niveaux de soins : cocher et fournir les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)		
<input type="checkbox"/> Objectif A : Prolonger la vie par tous les soins nécessaires <input type="checkbox"/> Objectif B : Prolonger la vie par des soins limités <input type="checkbox"/> Objectif C : Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie <input checked="" type="checkbox"/> Objectif D : Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	Donner au besoin dans l'encadré des détails sur des soins particuliers. <i>Par exemple : hémodialyse, transfusion sanguine, soutien nutritionnel (entéral ou parentéral), soins préventifs, etc.</i>	
Réanimation cardiorespiratoire (RCR) : cocher et fournir au besoin les détails dans l'encadré (Notes explicatives au verso)		
Arrêt cardiaque (circulatoire)		Cocher si NON désiré : pour guider les soins préhospitaliers aux objectifs B et C (voir au verso)
<input type="checkbox"/> Tenter la RCR <input checked="" type="checkbox"/> Ne PAS tenter la RCR		<input type="checkbox"/> PAS d'intubation d'urgence (objectifs B et C seulement) <input type="checkbox"/> PAS d'assistance ventilatoire si inconscient (objectif C seulement)
Notes explicatives sur la discussion et consignes concernant des soins particuliers		
Discuté avec : <input checked="" type="checkbox"/> Usager <input checked="" type="checkbox"/> Représentant Nom : <u>STÉPHANIE PAQUETTE</u> Lien : <u>filles</u>		
Coordonnées : <u>XXXX RUE DE LANAUOIERE, ST-JEROME</u>		
Rapporter les noms des participants ainsi que les mots utilisés pendant la discussion et toute information qui aide à préciser les volontés.		
Nom du médecin <u>Dr Justin Tremblay</u> Coordonnées	Signature 	Date (année, mois, jour) <u>20XX 1XX 1XX</u>

Si une copie est remise à l'utilisateur ou à son représentant, elle est signée par eux pour que les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) puissent suivre les instructions fournies sur le formulaire.

Nom de l'utilisateur ou représentant	Signature	Date (année, mois, jour)
--------------------------------------	-----------	--------------------------

Notes explicatives

- Ce formulaire n'est pas un substitut au consentement aux soins qui doit toujours être obtenu (*sauf dans les circonstances exceptionnelles d'urgence*).
- Ce formulaire doit être signé par un médecin.

Description des niveaux de soins

La discussion sur les niveaux de soins est engagée avec l'utilisateur ou, en cas d'inaptitude, avec son représentant dans un esprit de décision partagée sur des soins médicalement appropriés. Les explications et exemples fournis dans les descriptions suivantes ne présument pas de l'état d'aptitude de l'utilisateur ni de son lieu de soins habituel.

Objectif A Prolonger la vie par tous les soins nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert¹ si l'intervention n'est pas disponible sur place. • Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation et les soins intensifs. <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'intubation, l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses lorsqu'appropriées.</p>
Objectif B Prolonger la vie par des soins limités	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. • Les interventions peuvent entraîner un inconfort qui est jugé acceptable par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, en fonction des circonstances et des résultats attendus. • Certains soins sont exclus, car jugés disproportionnés⁴ ou inacceptables⁴ par l'utilisateur ou son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur, compte tenu du potentiel de récupération et des conséquences indésirables (<i>par exemple : intubation à court ou à long terme, chirurgie majeure, transfert</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance ventilatoire² et l'assistance respiratoire³ sont incluses; l'intubation est incluse sauf si non désirée sur le formulaire (cochée dans l'encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif C Assurer le confort prioritairement à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent en priorité le confort de l'utilisateur par la gestion des symptômes. • Des interventions susceptibles de prolonger la vie sont déployées au besoin pour corriger des problèmes de santé réversibles, par des soins jugés acceptables par l'utilisateur ou par son représentant dans le seul intérêt de l'utilisateur (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale ou intraveineuse pour traiter une pneumonie</i>). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, tous les protocoles sont applicables; l'assistance respiratoire³ est incluse; l'intubation et l'assistance ventilatoire² sont incluses sauf si non désirées sur le formulaire (cochées dans encadré soins préhospitaliers).</p>
Objectif D Assurer le confort uniquement sans viser à prolonger la vie	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes (<i>par exemple : douleur, dyspnée, constipation, anxiété, etc.</i>). • Les interventions ne visent aucunement à prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel. • Un traitement habituellement donné à des fins curatives peut être utilisé, mais uniquement parce qu'il représente la meilleure option pour soulager l'inconfort (<i>par exemple : antibiotiques par voie orale en cas d'une infection urinaire basse ou à C. difficile</i>). • Le transfert dans un milieu de soins approprié est envisagé uniquement si les moyens disponibles localement sont insuffisants pour assurer le confort (<i>par exemple, en cas de fracture de la hanche présentant un inconfort important ou en cas de détresse respiratoire à domicile</i>). <p>► En préhospitalier, à moins d'avis contraire de l'utilisateur ou de son représentant, les protocoles d'oxygénation, de salbutamol, de nitroglycérine (douleur thoracique) et de glucagon sont applicables. En contexte de détresse respiratoire de l'utilisateur conscient, l'assistance respiratoire³ (CPAP) peut être utilisée si non refusée. L'intubation et l'assistance ventilatoire² sont exclues. Chez l'utilisateur vivant, les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires (DVR) peuvent être effectuées.</p>

Réanimation cardiorespiratoire (RCR)

La RCR fait partie de la même discussion que celle des niveaux de soins. La décision est précisée de façon distincte afin de permettre une décision rapide dans le cas d'un arrêt cardiorespiratoire. La décision concernant la RCR n'est applicable que dans le cas d'un arrêt cardiaque avec arrêt de la circulation. Dans le cas où une tentative de RCR est souhaitée, les mesures disponibles sur place seront entreprises dans l'attente des services d'urgence, selon le cas.

¹ Le terme « transfert » implique le déplacement de l'utilisateur vers un lieu de soins différent de celui où il se trouve (départ du domicile, Inter-établissement ou intra-établissement, etc.). Si un transfert n'est pas considéré, il faut passer à un objectif autre que A.

² L'assistance ventilatoire se fait par des techniques non invasives (type ballon-masque, Oxylator) chez l'utilisateur inconscient.

³ L'assistance respiratoire se fait par des techniques non invasives (CPAP) chez l'utilisateur conscient.

⁴ Le sens des termes « disproportionné » et « inacceptable » est basé sur des perceptions subjectives et des valeurs qui varient entre les personnes et dans le temps. Les termes utilisés par l'utilisateur ou son représentant sont importants à consigner dans l'encadré prévu à cette fin.

**FEUILLE SOMMAIRE
D'HOSPITALISATION**



123456

BEAU
MARIE
BIEM XXXX XXXX
1955 XX-XX

Etablissement Hotel Dieu - St Jerome						
Date d'admission			Date de départ			Durée du séjour
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	
20XX	XX	XX				
Cause immédiate du décès:						

- Autopsie
 Inscrit dans un protocole de recherche Code

Diagnostic d'admission : (maladie ou affection ayant justifié l'admission)	Adénocarcinome colon
Diagnostic principal (préciser si différent) : <input checked="" type="checkbox"/> Identique au diagnostic d'admission	
Autres diagnostics et problèmes ayant eu un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation (comorbidité)	métastases hépatiques métastases pulmonaires
Diagnosics concomitants : Maladies chroniques n'ayant pas eu d'impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation	
Complications (phénomène morbide nouveau causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement)	
Traitements médical, chirurgical, obstétrical	Soins palliatifs - soins de confort
Examens spéciaux (actes diagnostiques qui comportent une technique éffractive, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale)	

Produits sanguins ou dérivés Oui Non

Verso

Nom de l'usager

BIEAU MARIE

N° de dossier

123456

Note complémentaire (note de départ) sur l'hospitalisation (faits marquants pendant l'hospitalisation)

Médication de départ (nom du médicament, posologie, fréquence et durée)

Orientation du patient – Recommandations au départ, suivi et relance (rendez-vous en clinique externe ou aux services diagnostiques)

Domicile

Établissement :

(Nom de l'établissement)

Copie à

Nom du médecin ou établissement (sauf pour le médecin traitant, l'autorisation de l'usager est obligatoire)

Copie remise à l'usager

Signature du
médecin responsable

N° de permis

Date

Année

Mois

Jour



DT6386

BLEAU
MARIE
BIEM XXXX XXXX
IASS XX-XX

123456

**SURVEILLANCES ET SOINS
SOINS PALLIATIFS**

- Cesser toutes les ordonnances antérieures d'opioïdes
 Cesser toutes les ordonnances antérieures de médicaments per os topiques timbres I.V. inhalés

- Cesser les prélèvements sanguins
Signes vitaux : T° + FR + SPO2 PRN
Glycémies capillaires : _____

- Diète selon la tolérance de l'usager : _____
 NPO

Rétention urinaire

- Ultrasons vésical (Bladder scan^{MD}) si pas de miction depuis 12 h. Aviser le médecin si le volume est plus grand que 500 mL
 Cathéter vésical à demeure si volume vésical plus grand que _____ mL
 Lorazepam (Ativan^{MD}) _____ mg S.cut. 20 min préinstallation du cathéter

Constipation

- Si pas de selles depuis 3 jours : Bisacodyl (Dulcolax^{MD}) 10 mg IR et Glycérine 2,7 g IR die ad selle
Lavement Fleet^{MD} IR die ad selle si suppositoires non efficaces
 PEG 3350 (Lax-A-Day^{MD}) 17 g PO die
 Sennosides (Sennoko^{MD}) 8,6 mg _____ co. PO die b.i.d.

Soins de la bouche

- Remplacement de salive artificielle – Solution bouche sèche (Moi-Stir ou autre équivalent disponible) QID PRN
 Rince-bouche magique (HC 250mg, NYSTATIN 12 000 000 ui, bénadryl 1000mg qs 525 mL ou équivalent) QID pour 14 jours

Si douleur légère / fièvre

- Acétaminophène 650 mg PO ou IR q 4 h PRN

Si douleur / dyspnée

- Morphine 2,5 mg PO q 1 h PRN OU Morphine 1,5 mg S.cut. q 1 h PRN (naïf aux opioïdes)
 Morphine 5 mg PO 1 h-PRN OU Morphine _____ mg S.cut. q 1 h PRN
 Hydromorphone (Dilaudid^{MD}) 0,5 mg PO q 1 h PRN OU Hydromorphone (Dilaudid^{MD}) 0,2 mg S.cut. q 1 h PRN (naïf aux opioïdes)
 Hydromorphone (Dilaudid^{MD}) _____ mg PO q 1 h PRN OU Hydromorphone (Dilaudid^{MD}) _____ mg S.cut. q 1 h PRN

Analgésie régulière

- _____



DT6389

BIEAU
MARIE

BIEM XXXX XXXX

1955 XX-XX

123456

**SURVEILLANCE EN FIN DE VIE DE LA COVID-19
AVEC OU SANS PERFUSION CONTINUE**

Diagnostic principal : <u>Adénocarcinome lobes</u>		Mode d'administration des analgésiques : <input type="checkbox"/> Pompe à perfusion <input type="checkbox"/> Infuseur (pompe élastométrique) <input checked="" type="checkbox"/> Injections <input checked="" type="checkbox"/> Per os	
Fréquence : q 1 h jusqu'à un soulagement du ou des symptômes q 4 h et PRN		Date du début de la perfusion (aaaa/mm/jj) : _____	
Date (aaaa/mm/jj) :			
Heure (hh : mm) :			
État de conscience : Alertes : A Léthargique : L Stuporeux : S Comateux : C Hyperalerte : H			
Soulagement de la douleur Echelle NCS-A	Visage	Détendu : 1 Tendu : 2 Crispé : 3 Grimaçant : 4	
	Larmes	Absentes : 1 Présentes : 2	
	Gémissements	Absents : 1 Présents : 2	
	Membres	Souples : 1 Raides : 2 Rigides : 3	
	Mouvement	Calme : 1 Remuant : 2 Agité : 3 Très agité : 4 Combatif : 5	
	Respiration	Plus bas que 19/min : 1 Plus grand ou égale à 19/min : 2	
	Pouls	Plus bas que 110/min : 1 Plus grand ou égal à 110/min : 2	
TOTAL (contrôle de l'analgésie : Score plus bas ou égal à 8) :			
Intensité des symptômes respiratoires (Contrôle de symptômes respiratoires : Score plus bas ou égal à 4) TOTAL de l'échelle RDOS (légende 1) :			
Autres observations à rechercher (légende 2) :			
Si par pompe à perfusion	Débit (mL/h)		
	Total du volume perfusé (mL) (q 8 h)		
Entre-dose	Nombre d'entre-dose administré (q 8 h)	Opiacé	
		Benzodiazépine	
Initiales (et signature au verso) :			
LÉGENDE 1 Échelle de mesure de la dyspnée ou de la détresse respiratoire (Respiratory Distress Observation Scale (RDOS) – Campbell, 2008, 2010)			LÉGENDE 2 Autres observations à rechercher
	0 point	1 point	2 points
Fréquence cardiaque (par minute)	Moins de 90	90-109	Plus de 110
Fréquence respiratoire (par minute)	Moins de 19	19-29	Plus de 30
Agitation (mouvements non intentionnels)	Non	Occasionnels	Fréquents
Respiration abdominale paradoxale	Non	Oui	Oui
Utilisation des muscles respiratoires accessoires	Non	Modéré	Intense
Grognement en fin d'expiration	Non	Oui	Oui
Battlements des ailes du nez	Non	Oui	Oui
Regard effrayé (yeux écarquillés, muscles du visage contractés, froncement des sourcils, bouche ouverte, dents serrées)	Non	Oui	Oui
D	Dépression respiratoire (FR plus bas que 8/min)		
R	Ronflements		
A	Apnée, pauses respiratoires		
M	Myoclonies		
P	Pupille en myosis		

Nom : BIEAU

Prénom : MARIE

Dossier : 123456

Si nausées / vomissements / hallucinations

Halopéridol (Haldol^{MD}) 0,5 mg PO ou S.cut. q 4 h PRN

Si anxiété / insomnie / myoclonies

Lorazépam (Ativan^{MD}) 0,5 mg PO ou S.Ling ou S.cut. q 4 h PRN

Si convulsions

Lorazépam (Ativan^{MD}) 2 mg PO ou S.cut. q 15 min X 2 PRN et aviser le médecin

Si râles

Glycopyrrolate (Robinul^{MD}) 0,4 mg S.cut q 2 h PRN

Scopolamine 0,4 mg S.cut. q 2 h PRN

Furosémide (Lasix^{MD}) 40 mg S.cut. (20 mg X 2 sites) q 30 min X 3 doses pour un total de 120 mg en 60 min

Si agitation sévère

Halopéridol (Haldol^{MD}) 1 mg S.cut.

ET

Lorazépam (Ativan^{MD}) 2 mg S.cut.

} q 30 minutes X 2 PRN et aviser le médecin

Si détresse respiratoire / hémorragique

Administrer la Benzodiazépine en premier

Midazolam (Versed^{MD}) 5 mg S.cut

Midazolam (Versed^{MD}) _____ mg S.cut.

Note: S'il devient impossible de s'approvisionner en midazolam, il sera automatiquement modifié pour Lorazepam

Lorazepam (Ativan^{MD}) 2 mg s.cut

ET

Opioïde en deuxième (si non naïf : 25 % de la dose d'opioïde S.cut. en 24 h)

Hydromorphone (Dilaudid^{MD}) 1 mg S.cut. (naïf aux opioïdes)

Hydromorphone (Dilaudid^{MD}) _____ mg S.cut.

Morphine 5 mg S.cut. (naïf aux opioïdes)

Morphine 10 mg S.cut.

ET

Scopolamine 0,4 mg S.cut., à administrer en 3^e

Scopolamine _____ mg S.cut., à administrer en 3^e

} q 20 min x 2 PRN et aviser le médecin

DR LACHANCE

Nom du médecin

[Signature]

Signature

2050637

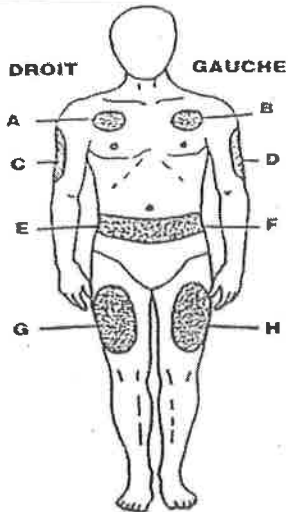
Permis

20XX-XX-XX

aaaa/mm/jj



CATHÉTER SOUS-CUTANÉ (s/c)



- A : Région sous claviculaire droite
- B : Région sous-claviculaire gauche
- C : Face latérale supérieure externe du bras droit
- D : Face latérale supérieure externe du bras gauche
- E : Région abdominale droite (éviter autour du nombril)
- F : Région abdominale gauche (éviter autour du nombril)
- G : Région antérieure et latérale cuisse droite
- H : Région antérieure et latérale cuisse gauche
- I : Omoplate droite
- J : Omoplate gauche

- * Notes complémentaire nécessaire si retrait relié à particularité (ex : induration, infiltration, etc.)
- Effectuer le **changement** du cathéter S/C **minimum q 7 jours** ou lors de présence de signe d'infiltration.
- Utiliser un **seul type de médicament** par cathéter.
- Utiliser une **seule concentration** de médicament par cathéter.
- Observer l'aspect du site à chaque quart de travail.

Date	Type de cathéter (Pap, jelco, etc)	Calibre	Site	Médicament/ concentration	Installation (heure + initiale)	Retrait* (heure + initiale)	Site intact (initiale)		
							N	J	S

Initiale	Signature	Initiale	Signature	Initiale	Signature

