

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

Indication de la sédation palliative continue :

Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice • Détresses respiratoires majeures et récidivantes • Dyspnée progressive incontrôlable • Convulsions réfractaires
• Douleur intraitable et incontrôlable • Sécrétions bronchiques abondantes et réfractaires • Détresse hémorragique •
Nausée et vomissement incoercibles • Détresse psychologique ou existentielle réfractaire

Étape préalable à la SPC

• Aviser l'ASI/ ICASI et le supérieur immédiat de la demande	Un Médecin doit être disponible en tout temps, en présentiel ou par téléphone S'assurer d'un nombre suffisant de personnels infirmiers et de sa stabilité pour assurer des soins sécuritaires aux résidents
• S'assurer que le consentement pour la S.P.C., soit dûment rempli, signé et le mettre dans le dossier du patient.	Formulaire AH-800_DT9231
• Transmettre une copie du formulaire au Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) à :	infogis.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Sites de provenance :	JM	SOV	IUGM	SAD
• PRESCRIPTION de la SPC	Pour une pharmacie du CIUSSS : Assurer que le médecin utilise l'ordonnance pré-imprimée (OPI) SM02377 spécifique à la SPC			SAD : Ordonnance de l'institution de provenance
• S'assurer qu'un protocole de détresse soit prescrit :	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire JMA0364 CHSLD Jeanne-Mance et HCM • SM01751 HND 	<ul style="list-style-type: none"> • SM01751 Verdun 	<ul style="list-style-type: none"> • GesPhaRxLite IUGM 	Ordonnance médicale pour pharmacie communautaire
• S'assurer que le médecin prescrive médication régulière ad réception du sac de perfusion Dose de début ou bolus - Puisque l'atteinte du taux sérique analgésique peut prendre quelques heures, des doses intermittentes ou des bolus d'analgésie peuvent être requis pour assurer une gestion optimale de la douleur à l'initiation d'une perfusion continue (APES 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Profil pharmaceutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Profil pharmaceutique 	<ul style="list-style-type: none"> • GesPhaRxLite IUGM 	Ordonnance médicale pour pharmacie communautaire
• Vérifier que le médecin rédige l'ordonnance de cesser l'alimentation et l'hydratation	Ordonnance médicale non pharmacologique			

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

<ul style="list-style-type: none"> Voir avec le médecin pour ordonnance d'installation d'une sonde urinaire avant de débuter la S.P.C. (si la personne est agitée peut-être fait après que la sédation soit débutée) 				
<ul style="list-style-type: none"> Transmettre l'ordonnance à la pharmacie (OPI) SM02377 (voir annexe 3) 	<p>Coté JM et HCM : Particularités en hébergement L'ordonnance doit être faxée à la pharmacie de HND avec une copie du profil pharmacologique du patient pour qu'elle soit initiée ou ajustée, avant 12h15, au 514- 362-2850. Il faut aussi appeler à la pharmacie de HND au 514-413-8777 postes 25756 pour aviser de l'envoi de l'ordonnance afin de prioriser l'ordonnance. La livraison va partir de HND avant 16h00 pour un début de SPC à 19h00, pour permettre que le changement de sac soit fait Q 19h00 die jusqu'au décès.</p>	<p>Coté SOV « Particularité en hébergement » : L'ordonnance doit-être numérisée pour qu'elle être soit initiée, avant 12h15 du lundi au vendredi (appeler la pharmacie pour les aviser de cette ordonnance afin qu'ils la priorisent à Hôpital de Verdun. Selon le besoin, si ajustements de la médication, toujours avant 12h15 7 jours/ 7 (si ajustement doit-être fait, soit le samedi ou dimanche, appeler le pharmacien de garde pour assurer que l'ordonnance soit priorisée et traitée). La livraison se fera en début de soirée lors de la livraison régulière. La SPC devra être débutée à 19h00, pour permettre que le changement de sac soit fait Q 19h00 die jusqu'au décès</p>	<p>IUGM GesPhaRXLite</p>	<p>SAD SOV et JM ordonnance envoyé pharmacie communautaire (Caléa, Nova ou selon hôpital prescripteur)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Planifier avec le médecin un moment pour débuter la SPC en fonction la réception du sac de perfusion 				

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

Avant l'administration de la SPC :

- Toujours revalider avec la personne ou le représentant le consentement et lui expliquer les étapes du soin.

1- Préparer le matériel :	2- Installer le cathéter ¹ :	3- Avant d'administrer :	4- Installer une sonde urinaire :
<ul style="list-style-type: none"> • Sac de perfusion avec solution pré-préparée par la pharmacie • Tampons alcool 70%; • Pellicule adhésive transparente • Compresse, Sparadrap (micropore) • Gants non stériles • Seringue contenant du NaCl 0,9% (1ml) • En hébergement, Hôpital Notre-Dame, autres unités Hôpital de Verdun CLSC SOV : Aiguilles cathéter BD 24 GA 0.75 pouce (0.7x19mm) ou BD 22 GA 1 pouce (0.9x22mm). • Pour IUGM et Hôpital Verdun unité soins palliatifs seulement et CLSC SOV pour usagers cachectique : BD saf-T-intima 24GA 0.75 IN (0.7x 19 mm- 22ml/min • Tubulure pour pompe volumétrique • Extension de tubulure et Bouchon clave 	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir le bon site de la perfusion. Privilégier la partie quadrant supérieure de l'abdomen, droit ou gauche (voir site 1b, figure 1, Annexe 1) ou la partie supérieure de la poitrine (voir site 1a, figure 1, annexe 1). Utiliser les bras ou cuisse que si contre-indication d'utiliser l'abdomen ou poitrine. • NE PAS RASER, si besoin couper les poils au ciseau • Laisser sécher, ne jamais souffler sur la peau, ni ventiler avec la main • Il est grandement recommandé de ne pas utiliser les papillons à aiguille acier inoxydable ou métallique • Sinon muni d'un dispositif de retrait d'aiguille sécuritaire à bouton presseur, retirer l'aiguille d'un mouvement continu avec la main dominante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas oublier d'effectuer les 7 BONS • Toujours utiliser une pompe volumétrique lors d'une SPC • Observer le site d'insertion du cathéter et noter la présence de signes de complication (Annexe 2) • Demander à l'usager s'il ressent de la douleur au site d'insertion, Si douleur ou autres complication changer le site en répétant la procédure antérieure • Sécuriser la tubulure avec le ruban adhésif • Ajuster le débit de la pompe selon la prescription². • ATTENTION : en hébergement, toujours ajuster la pompe à 4 ml/heures. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonde urinaire : Se référer à la méthode de soins³ • Effectuer un Bladder scan⁴ : si la sonde ne peut être installée rapidement ou si le résident n'a pas uriné avant le début de la SPC. <p>APRÈS LE DÉBUT DE LA SPC UNE FOIS SEDATÉ</p>

¹CESS. (2020). Méthode de soins informatisée : Insertion et retrait d'un dispositif d'accès sous-cutané.

²CESS. (2020). Méthode de soins informatisée : Cadre de référence sur l'administration de médicaments par voie sous-cutanée

³CESS. (2020). Méthode de soins informatisée : Insertion et retrait d'un cathéter urinaire à demeure.

⁴CESS. (2019). Méthode de soins informatisée : Mesure du volume vésical

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

Lors de la SPC :	
Surveillance	Entre-doses
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Débuter la grille de surveillance du patient sous sédation palliative continue (formulaire SM01748 disponible sur intranet, voir en ANNEXE 4) au début de la perfusion. ➤ Accompagner la personne et ses proches avec humanisme tout au long du soin. ➤ Conserver la dignité, demeure respectueuse et délicate ➤ Surveillance et évaluation du niveau de soulagement, de confort et de d'effets secondaires : <ul style="list-style-type: none"> • Q 15 à 20 min ad niveau de sédation désiré (vigilance, douleur, respiration autres symptômes), • lors d'ajustement de doses (sédatifs ou analgésique), • lors d'un changement inattendu de la condition clinique, • dès la diminution de la sédation ○ Lorsque le niveau de sédation désiré : <ul style="list-style-type: none"> • Q 2 heures minimalement ➤ Particularité SAD : <ul style="list-style-type: none"> • La surveillance doit-être adaptée selon le milieu • Les infirmières sont disponibles 24h/24 et visite à une fréquence déterminée et selon le besoin (en collaboration avec NOVA) • Enseignement de la surveillance de sédation aux proches et vérifier la compréhension • Registre de surveillance pour les proches à mettre en place (cahier communication ou de bord, pour le niveau de sédation, les entre-doses, etc.) • Assurer que le numéro de la ligne dédiée soit bien identifié pour le GIMA • La clientèle doit être inscrite à la ligne dédiée de la GIMA ➤ Poursuivre tous les autres soins : <ul style="list-style-type: none"> • Surveillance des rotations de ces sites, • Surveillance des sacs de perfusion et tubulure ; • Téguments et peau ; soins de bouche ; • Vidange intestinale et urinaire, • pansements de plaies ➤ PTI et documentations (exemple voir annexe 2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir un accès pour entre-doses : papillons sous-cutanés supplémentaires, avec bouchon membrane, Il est recommandé de mettre un cathéter par médication prescrite en PRN. • Ne pas donner plus de 2 ml par injection sous-cutanée, si le cas prévoir un 2^e site pour le même médicament • Administrer la médication aux sites approprier pour apporter un soulagement rapide et efficace voir les ZONES de site à privilégier (figure 2, annexe 1)

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

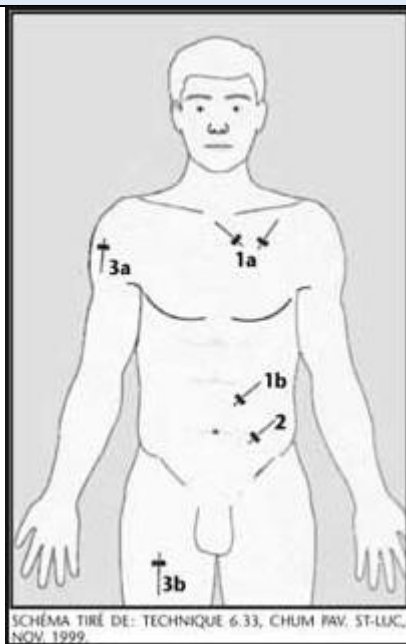
Références

1. La Loi concernant les soins de fin de vie, Rôles et responsabilités de l'infirmière. Par Louise Francœur, inf., M.Sc., D.E.S.S. bioéthique, et Suzanne Durand, inf., M.Sc., D.E.S.S. bioéthique, Perspectives, janvier / février / 2016 / vol. 13 / n° 1, pages 56 à 64
2. Palli-science : Perspective infirmière : La sédation palliative continue, Charlotte Evans, inf., MSc (a), La maison au Diapason <https://palli-science.com/sites/default/files/miseencommun/evans-charlotte.pdf>
3. guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes, 5^e édition, APES, 2018
4. MSI, Cadre de référence sur l'administration de médicaments par voie sous-cutanée <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/cadre-de-referance-sur-ladministration-de-medicaments-par-voie-sous-cutanee>
5. Aide-mémoire aux cliniciens – Sédation palliative continue, CIUSSS CCSMTL, Groupe interdisciplinaire de soutien, 2019-06-05 https://www.extranetccsmtl.ca/fileadmin/CIUSSS/OutilsCliniquesCIUSSS/ProgrammesSoins/SoinsFinVie/05-Sedation_palliative_continue/01-Outils_cliniques/AidememoireSPC.pdf?v=1567695236
6. MSI, Administrer une solution à l'aide d'un cathéter sous-cutané en mode continu. <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/administrer-une-solution-laide-dun-catheter-sous-cutane-en-mode-continu?keys=perfusion%20sous-cutane%C3%A9e>
7. La sédation palliative continue en fin de vie, Guide d'exercices, Société québécoise des médecins de soins palliatifs, Collège des médecins du Québec, mise à jour 08/2016 <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-08-29-fr-sedation-palliative-fin-de-vie.pdf>
8. Guide pratique des soins palliatifs : gestion de la douleur et autres symptômes, 5^e édition, APES, 2018

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

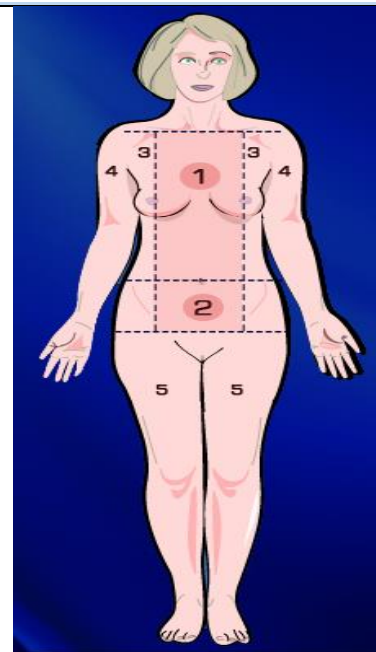
ANNEXE 1 : Sites d'injection

FIGURE 1



- ZONE 1a : la Région thoracique antérieur**
- ZONE 1b : la région ombilicale sus ombilicale**
- ZONE 2 : la région sous ombilicale**
- ZONE 3a : les bras**
- ZONE 3b : les cuisses en dernier recours**

FIGURE 2



ZONE 1 (THORACIQUE ANTÉRIEUR)

Offre une plus grande rapidité d'absorption (environ 5-10 minutes), un confort accru pour le patient ainsi qu'un accès facile pour ceux qui administrent les injections sous-cutanées

ZONE 2 (ABDOMEN INFÉRIEUR)

Est un 2e choix (environ 10-15 minutes)

ZONE 3 (AU THORAX À L'EXTÉRIEUR DE LA LIGNE DES SEINS)

Entraîne un retard d'absorption en raison du passage de la médication par le réseau lymphatique axillaire (environ 20 minutes)

ZONES 4 ET 5 (BRAS ET CUISSES)

L'absorption aux zones 4 et 5 (membres) est plus lente et peut donc retarder de façon significative le début d'action des médicaments injectés. (Plus de 20 minutes)

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

ANNEXE 2 : Documentation et PTI

Constats de l'évaluation								
Date	Heure	N°	Problème ou besoin prioritaire	Init.	Résolu / satisfait			Professionnels /services concernés
					Date	Heure	Initiales	
2017-12-08	09:05	1	« Douleur réfractaire à 8/10	AG				MD
Suivi clinique								
Date	Heure	N°	Directive infirmière	Initiales	Cessée / Réalisée			
					Date	Heure	Initiales	
2017-12-08	09:05	1	Effectuer les surveillances à chaque 15 minutes jusqu'à sédation palliative efficace (niveau de sédation, soulagement et de confort, effets secondaires, intégrité du site d'injection). Utiliser le formulaire de surveillance de la SPC, SM01748.	AG				
2017-12-08		1	Effectuer les surveillances à chaque 2 heures minimalement lors de l'atteinte du niveau sédation désiré (niveau de sédation, soulagement et de confort, effets secondaires, intégrité du site d'injection).	AG				
2017-12-08		1	Mobiliser le résident à chaque 2 heures heure. Faire les soins de bouche chaque 2 heures	AG				
2017-12-08		1	Offrir du soutien à la famille.	AG				

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

Exemple de note au dossier :

2017-12-08 9h05. Résidente et famille légèrement anxieuses face à la sédation palliative continue (répètent les mêmes questions, demandent des explications à chaque intervenant). Résidente alerte. Douleur à 8/10, constante sous forme d'une brûlure au niveau de la plaie oncologique au sein droit. Douleur constante au bras droit 8/10 avec présence de lymphœdème important, qui immobilise le bras. Non soulagée par les mesures non pharmacologiques ni par la médication prescrite. Résidente confirme vouloir procéder à la sédation palliative continue. Consentement signé au dossier. Paramètres de base évalués, voir formulaire Surveillance du patient sous sédation palliative continue (SM01748). Cathéter sous-cutané #1 de 22G installé dans la région sus ombilicale côté gauche, site intact. Débutée perfusion sac pré préparé par pharmacie pour Dilaudid^{MC} 30 mg, Verded^{MC} 48 mg, Nozinan^{MC} 150mg dans 100ml Nacl, sous pompe à un débit de 4ml/h. Site pour entre-doses Dilaudid^{MC}, région thoracique antérieure droit installation cathéter S/C 24 G, site Versed^{MC} entre-dose région thoracique antérieure gauche avec cathéter 24G. Médecin, conjoint et fille de la résidente, présents au chevet. Directives inscrites au PTI. *Alex Gassette*, Infirmier



Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

ANNEXE 3

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal

Québec

*SM02377

HOPITAL06C

Hôpital Hébergement Réadaptation 1^{re} ligne

Poids : _____ kg Taille : _____

Allergie (s) : _____ Aucune connue : Réactions indésirables aux médicaments : _____

PERFUSION SOUS-CUTANÉE CONTINUE EN SOINS DE FIN DE VIE

Le prescripteur : cocher le ou les médicament(s) désiré(s) en perfusion SC continue
Le volume total du soluté dans lequel sera ajouté la médication sera de **100 mL de NaCl 0,9 %** (Préparation du soluté par le département de pharmacie de l'Hôpital Notre-Dame ou de l'Hôpital de Verdun)
Voie d'administration : Perfusion sous-cutanée continue - Usage d'une pompe volumétrique obligatoire
Vitesse d'administration : Selon le milieu - Voir la section « Administration » (CHSLD ou centre hospitalier)

OPIACÉ

_____ mg/h Morphine _____ mg/h Halopéridol (Haldol)
 _____ mg/h HYDRomorphone (Dilaudid) _____ mg/h Méthotriméprazine (Nozinan)

ANTIPSYCHOTIQUE

ANXIOLYTIQUE

_____ mg/h Midazolam (Versed) _____ mg/h Furosémide (Lasix)
 _____ mg/h Midazolam (Versed) (Dose totale pour 12 h - **8 h à 20 h** : _____ mg)
 _____ mg/h Midazolam (Versed) (Dose totale pour 12 h - **20 h à 8 h** : _____ mg)

DIURÉTIQUE

ENTRE-DOSE PRN

Morphine inj. _____ mg SC aux _____ h Halopéridol inj. _____ mg SC aux _____ h
 HYDRomorphone inj. _____ mg SC aux _____ h Méthotriméprazine inj. _____ mg SC aux _____ h
 Midazolam inj. _____ mg SC aux _____ h Fentanyl inj. _____ mg SC aux _____ h
 Autre : _____ mg SC aux _____ h

ADMINISTRATION

CHSLD	CENTRE HOSPITALIER
Vitesse d'administration FIXE : 4 mL/heure (Afin de conserver le même soluté pendant 24 heures)	Vitesse d'administration et ajustement la perfusion
	Débuter la perfusion à : _____ mL/h
	Bolus de départ : _____ mL à partir du soluté de 100 mL
	<input type="checkbox"/> Si inconfort : <input type="checkbox"/> Bolus de _____ mL à partir du soluté de 100 mL aux _____ minutes
	ET <input type="checkbox"/> Augmenter le débit de _____ mL/h jusqu'à un maximum de _____ mL/h <input type="checkbox"/> Maintenir un débit fixe de _____ mL/h (débit maximal de 6 mL/h)

Nom du prescripteur (en lettres moulées) : _____ N° permis : _____
Signature du prescripteur : _____ Date et heure : _____
Signature de l'infirmière : _____ Numérisation (date et heure) : _____

Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le 27 mars 2020

ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE
PERFUSION EN SOINS PALLIATIFS

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'île-de-Montréal

Québec

ANNEXE

Détermination de la dose d'opioïde lors du passage de la voie orale vers une perfusion sous-cutanée continue (PSCC) :

- Calculer la dose totale d'opioïde reçue (doses régulières et entre-doses), durant les 24 dernières heures ;
- Lors d'une conversion d'opioïde, calculer la dose équianalgésique ;
Morphine PO 20 mg = Hydromorphone PO 4 mg = Oxycodone PO 15 mg = Fentanyl timbre 9 mcg/h
- Il est suggéré de diminuer de 25 % la dose convertie si l'utilisateur reçoit l'opioïde depuis plus d'un mois pour tenir compte de la tolérance
- Convertir la dose de la voie orale à la voie sous-cutanée (~50 % de la dose PO) ;
* Chez un usager souffrant, la dose peut être augmentée de 25 % ;
- Diviser la dose pour la voie sous-cutanée par 24, pour déterminer la dose horaire d'opioïde (mg/h).

Détermination de la dose du bolus :

- Environ 2 à 4 fois la dose horaire en mg/h

Détermination de la dose de l'entre-dose PRN à la perfusion sous-cutanée continue :

- Habituellement entre 50-100 % de la dose perfusée sur 1 h ;
- Le délai minimal entre chaque entre-dose est généralement de 30 minutes.

À quel moment débiter la PSCC selon la forme pharmaceutique utilisée :

- L'utilisateur reçoit un opioïde PO/SC à libération rapide (q4h) : Débiter la PSCC au moment de l'administration de la dernière dose de la courte action.

- L'utilisateur reçoit un opioïde à libération prolongée (q12h) : Débiter la PSCC env. 6 à 9h après l'administration de dernière dose d'opiacé longue action.

- L'utilisateur reçoit du Fentanyl timbre transdermique : Débiter la PSCC env. 4 à 8h après le retrait du timbre.

CHSLD	CENTRE HOSPITALIER
- Ajuster s'il y a lieu la dose de la perfusion sous-cutanée continue après 24 h de perfusion et selon la réponse de l'utilisateur. Tenir compte des entre-doses administrés au cours des derniers 24 heures.	Ajustement de la perfusion - Généralement après 12 et 24 heures (pourrait être aux 48 heures, selon la condition de l'utilisateur) ; - Ajuster la dose selon la dose totale d'opioïde reçue (doses régulières et entre-doses) ; - Chez un usager qui demeure souffrant, la dose peut être augmentée de 25 %.

ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE
PERFUSION EN SOINS PALLIATIFS

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

ANNEXE 4



SURVEILLANCE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

Diagnostic principal : _____ Autres conditions pertinentes : _____
 Indications de procéder à la SPC : _____ Date du début de la SPC : _____ Heure : _____
 Année : _____ Mois : _____

Date (jour)	Heure	Niveau de sédation (Légende 1)	Signe d'inconfort Légende 2			Signes de dyspnée et détresse respiratoire Légende 3					Administration des médicaments						Perfusion sous pompe		Initiales				
			Visage	Geignements	Membres	Pouls/min.	RR/min.	Tirage	Apnée	Ronflements	Dose benzodiazépine :	Dose antipsychotique :	Dose opioïde :	Dose anticholinergique :	Dose barbiturique :	Dose anesthésique :	Débit ml/h	Vérifier pompe					
INITIALES	SIGNATURE		INITIALES	SIGNATURE		INITIALES	SIGNATURE		INITIALES	SIGNATURE		INITIALES	SIGNATURE										

Source: CIUSSS-CCSMTL (2019-11-08)

SURVEILLANCE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE (SPC)

Dossier Médical
D.I.C. : 3-4-4
Page 1 de 2

Aide-mémoire : L'administration de la sédation palliative continue (S.P.C.) par l'infirmière

Voir sur intranet : outils cliniques / Soins palliatifs et fin de vie / Sédation palliative continue

Nom :

Prénom :

#Dossier :

Légende 1 : Niveau de sédation – Échelle de vigilance – Agitation de Richmond (RASS)				
Niveau	Description	Définition		
+4	Combatif	Combatif ou violent, danger immédiat envers l'équipe.		
+3	Très agité	Tire, arrache tuyau et cathéters et/ou agressif envers l'équipe.		
+2	Agité	Mouvements fréquents et/ou désadaptation au respirateur.		
+1	Ne tient pas en place	Anxieux ou craintif, mais mouvements orientés peu fréquents, non vigoureux, non agressifs.		
0	Éveillé et calme			
-1	Somnolent	Non complètement éveillé, mais contact visuel à l'appel plus de 10 secondes.		
-2	Diminution de la vigilance	Ne reste éveillée que brièvement avec contact visuel moins de 10 secondes.		
-3	Diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel sans contact visuel.		
-4	Diminution profonde de la vigilance	Aucune réponse à l'appel, mais n'importe quel mouvement à la stimulation physique (secousse ou friction non-nociceptive de l'épaule ou du sternum).		
-5	Non éveillable	Aucune réponse, ni appel, ni à la stimulation physique (secousse ou friction non-nociceptive de l'épaule ou du sternum).		
Objectif thérapeutique à atteindre : Niveau -3, -4, -5.				
Légende 2 : Signes d'inconfort chez les patients comateux ou sous sédation palliative (tiré de l'échelle NCS)				
Éléments observés		États		
Visage		D = Détendu	T,C = Tendu, crispé	
Geignements		A = Absents	P = Présents	
Membres		S = Souples	RA = Raides	
			TG = Tordu grimaçant	
			RI = Rigides	
Légende 3 : Signes de dyspnée, de détresse et dépression respiratoires (tiré de l'échelle RDOS)				
Fréquence cardiaque – Poul/min.	Moins de 90	90 à 109	Plus de 110	
Rythme respiratoire/min.	Moins de 8 (dépression respiratoire)	Plus de 19	19 à 29	Plus de 30
Tirage	N = Non	O = Oui		
Pause respiratoires – apnée	N = Non	O = Oui		
Forts ronflements	N = Non	O = Oui		
Si détresse respiratoire avec période d'apnée et forts ronflements surtout en début de sédation – aviser le médecin.				
Fréquence de surveillance : aux 15 à 20 minutes jusqu'à obtention de la SPC, ensuite aux 2 heures pour les soins de confort. À adapter selon le milieu de soins.				

Source: CIUSSS-CCSMTL (2019-11-08)

SURVEILLANCE SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Dossier Médical
D.I.C. : 3-4-4
Page 2 de 2