



DÉCLARATION SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

Date de l'intervention (aaaa-mm-jj) : _____

1. Coordonnées de l'établissement et du médecin responsable

Site de soins (cocher) :

- Domicile
- CHSLD
- Maison de soins palliatifs
- CHSGS

Nom de l'établissement où travaille le médecin :

Nom du médecin responsable :

Nom du patient :

2. Diagnostic prépondérant et condition clinique

3. Symptômes justifiant d'envisager une sédation palliative continue (cocher)

- 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 – justifier : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

4. Essais thérapeutiques antérieurs

Pharmacologiques : _____

dont une sédation intermittente Oui Non

Non pharmacologiques

5. Estimation du pronostic de vie

Durée anticipée de la sédation palliative continue _____

Durée réelle de la sédation palliative continue _____

6. Recours la sédation palliative continue

Oui Non Justifier : _____

Second avis demandé : Oui Nom du médecin : _____ Non

7. Obtention d'un consentement écrit

Oui – formulaire joint

Non – justifier : _____

OU Voir note médicale au dossier

8. Médication prescrite

Médicaments	Voie d'administration	Dosage au début (date) (aaaa-mm-jj)	Dosage à la fin (date) (aaaa-mm-jj)
Lorazépam			
Midazolam			
Méthotriméprazine			
Chlorpromazine			
Phénobarbital			
Propofol			
Scopolamine			
Autres			



SM01927



HOPITAL06C

DÉCLARATION SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE

9. Hydratation

Naturelle

Cessée par l'utilisateur, le : _____

Cessée à l'initiative du médecin, le : _____

Artificielle

Cessée le _____

10. Alimentation

Naturelle

Cessée par l'utilisateur, le : _____

Artificielle

Cessée le _____

OU Non applicable

11. Évolution jusqu'au décès

Mort paisible pour l'utilisateur : Oui Non

Soulagement adéquat de la douleur et des autres souffrances pendant la sédation palliative continue

Oui Non Raison _____ Incomplet Non applicable

Complications rapportées pendant l'administration de la sédation palliative continue _____

12. Décès constaté le : _____

13. Attitude des proches / de l'équipe soignante tout au long du processus

Les proches ont-ils été consultés avant d'initier la sédation palliative continue ? Oui Non

Si non, pourquoi ? Absence de proches Refus du patient de consulter les proches

Autres, expliquer : _____

Les proches ont-ils éprouvé des difficultés face à la sédation palliative continue ? Oui Non

L'équipe soignante a-t-elle été consultée avant d'initier la sédation palliative continue ? Oui Non

L'opinion de l'équipe soignante sur l'initiation de la sédation palliative continue était :

En accord En désaccord _____

Signature du médecin :

Date (aaaa-mm-jj)/

Heure (hh :mm) :

