

Carte adressographe, étiquette du patient ou :

Nom :

DDN :

# Ass. Maladie :

# Dossier :

## AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

Administré par le patient

### ORDONNANCES MÉDICALES

#### Vérification de la déclaration du prescripteur

Avant d'exécuter l'ordonnance, le pharmacien doit vérifier la déclaration du prescripteur. **L'intention n'est PAS que le pharmacien évalue les critères d'admissibilité du patient; toutes les évaluations sont effectuées par les médecins et/ou les infirmières praticiennes.**

DÉCLARATION DU PRESCRIPTEUR	Signature du médecin ou de l'infirmière praticienne
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'affirme que le patient répond aux critères tels qu'ils sont définis pour l'AMM.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'affirme avoir reçu le consentement du patient qui autorise l'AMM.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>J'affirme que le patient a été informé que les médicaments qu'il prévoit utiliser pour l'AMM peuvent lui causer des nausées et/ou des vomissements.</li> </ul>	

Date et heure prévues de l'administration :

Lieu :  Hôpital  Domicile

**Le prescripteur doit cocher la boîte pour indiquer le médicament à préparer. En plus de ce formulaire, le prescripteur doit aussi remplir le formulaire RC-79 (voir la page 3).**

1. PRÉVENTION DES NAUSÉES / LA MOTRICITÉ GASTRIQUE – Sélectionner UN choix.		
Médicament	Quantité totale contenue dans la trousse	Posologie
<input type="checkbox"/> Métoprolol 10 mg en comprimés	2 comprimés de 10 mg	Prendre 2 comprimés (20 mg) 1 heure avant la prise du composé pour provoquer le coma.
<b>OU</b>		
<input type="checkbox"/> Ondansétron 8 mg en comprimés	1 comprimé de 8 mg	Prendre 1 comprimé (8 mg) 1 heure avant la prise du composé pour provoquer le coma.

2. ANXIOLYTIQUE – Facultatif		
Médicament	Quantité totale contenue dans la trousse	Posologie
<input type="checkbox"/> LORazépam 0,5 mg en comprimés	2 comprimés de 0,5 mg	1 à 2 comprimés (0,5 à 1 mg) sous la langue 5 à 10 minutes avant de prendre le composé pour provoquer le coma, au besoin pour traiter l'anxiété.

Signature (prescripteur autorisé)

aaaa-mm-jj

Heure

Carte adressographe, étiquette du patient ou :

Nom :

DDN :

# Ass. Maladie :

# Dossier :

### AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

Administré par le patient

#### 3. COMPOSÉ POUR PROVOQUER LE COMA

Fournir les éléments en poudre suivants combinés dans une bouteille ambrée à large col :

Éléments	Quantité
PHÉNobarbital en poudre*	20 g
Hydrate de chloral en poudre*	20 g
Sulfate de morphine en poudre*	3 g
Acésulfame de potassium en poudre	365 mg
Glycosides de stéviol 95 % en poudre	370 mg
Magnasweet® en poudre	360 mg
*Ingrédients actifs	

#### 4. LIQUIDE DE SUSPENSION – Fournir avec le composé pour provoquer le coma. En choisir UN.

**À NOTER : Si le produit est administré par une sonde nasogastrique ou une sonde par gastrostomie endoscopique percutanée, le liquide de suspension requis est 120 mL d'eau.**

Fournir les éléments liquides suivants combinés dans une bouteille ambrée distincte:

Éléments	Quantité
Arôme artificiel de tutti frutti	3,6 mL
Arôme artificiel de guimauve	2,4 mL
Eau distillée	20 mL
Ora-Plus / Ora-Sweet 50/50	qs jusqu'à 90 mL

**OU**

Fournir l'élément liquide suivant dans une bouteille ambrée distincte :

Élément	Quantité
Eau distillée	120 mL

#### À NOTER :

- Il doit être indiqué sur l'étiquette qu'une fois que le mélange de produits en poudre et le liquide de suspension sont mélangés, cette préparation doit être jeté s'il n'est pas utilisé en l'espace de 24 heures.
- Il doit être indiqué sur l'étiquette du liquide de suspension que la date limite d'utilisation du liquide de suspension est 7 jours suivant la date de la préparation du liquide de suspension.

#### 5. AUTRES MÉDICAMENTS – Tel que jugé approprié par le prescripteur pour la gestion des symptômes :

**Le prescripteur doit fournir « Les directives à l'intention du patient » au patient ainsi que les explications verbales au sujet de ces directives.**

Signature (prescripteur autorisé)

aaaa-mm-jj

Heure

Carte adressographe, étiquette du patient ou :

Nom :

DDN :

# Ass. Maladie :

# Dossier :

## AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM)

Administré par le patient

Lorsque l'AMM est administrée par le patient, les médicaments IV doivent être prescrits et fournis pour utilisation, dans le cas où le décès ne survient pas dans l'heure suivant l'ingestion des médicaments par voie orale.

Ainsi, le prescripteur doit compléter et signer le formulaire RC-79 - AIDE MÉDICALE À MOURIR (AMM) - Administré par le médecin ou l'infirmière praticienne afin d'accompagner tout formulaire RC-80.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR			
Nom en caractères d'imprimerie			
Signature			
Date			
Numéro de permis du CMCNB <sup>1</sup> / Numéro de permis de L'AIINB IP <sup>2</sup>			
Adresse postale			
Numéro de téléphone			
RENSEIGNEMENTS SUR LE PHARMACIEN			
Nom en caractère d'imprimerie			
Signature			
Date			
Adresse postale de la pharmacie			
Numéro de téléphone			
REGISTRE DE LA DISTRIBUTION – SIGNATURES DU MEMBRE DU PERSONNEL DE LA PHARMACIE ET DU PRESCRIPTEUR AU MOMENT OÙ LES PRODUITS SONT FOURNIS			
Nom du membre du personnel de la pharmacie		Signature	
Signature du prescripteur			
Date et heure			

<sup>1</sup> CMCNB = Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick

<sup>2</sup> AIINB IP = Infirmière praticienne – Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick