



Aide médicale à mourir (AMM) Liste de vérification de la procédure pour l'administration des médicaments

Renseignement additionnel sur le patient

Médecin/Infirmière praticienne traitant : _____

Médecin/Infirmière praticienne de famille : _____

Diagnostic : _____

Lieu : Hôpital : _____ Domicile du patient : _____ Autre : _____

Exigences avant la procédure

- Liste de vérification administrative de Vitalité
 - Ordonnance de non réanimation
 - Formulaire de demande du patient
 - Formulaire de consentement signé
 - Arrangements faits pour que les médicaments soient fournis le (date) : _____
 - Appel à la famille pour confirmer la date et l'heure de la procédure : _____
 - Demandes spéciales après le décès : _____
 - Détails sur le soutien nécessaire et confirmé : _____
 - Besoins en équipements établis : _____
- Notes: _____

Jour de la procédure

Date : _____

Fournisseurs de soins de santé présents lors de l'administration des médicaments : _____

Famille/autres personnes présentes lors de l'administration des médicaments : _____

Médicaments à administrer sont disponibles dans la trousse et sont prêts pour l'utilisation.

Déclaration du médecin traitant/de l'infirmière praticienne traitante

Le patient précité :

- A verbalement réitéré sa demande d'aide médicale à mourir après avoir été entièrement informé de son droit d'annuler la demande à n'importe quel moment **Oui** **Non** (si non, la procédure doit être suspendue)
- Agit volontairement **Oui** **Non** (si non, la procédure doit être suspendue)

Médecin/infirmière praticienne
(caractères d'imprimerie)

Signature du médecin/de l'infirmière praticienne

Date

Procédure suspendue (voir notes évolutives du médecin / infirmière praticienne)

**Aide médicale à mourir (AMM)
Liste de vérification de la procédure pour
l'administration des médicaments**

Registre d'administration des médicaments pour les médicaments administrés par VOIE ORALE
(cette page seulement complétée si l'AMM administré par le patient)

1. MÉDICAMENT POUR PRÉVENIR LES NAUSÉES / LA MOTRICITÉ GASTRIQUE (UN des médicaments suivants)				
Date et heure	Médicament	Dose	Voie	Signature
	Métoclopramide	20 mg	PO 1 heure avant la prise de substance pour provoquer le coma	
OU				
	Ondansétron	8 mg	PO 1 heure avant la prise de substance pour provoquer le coma	
2. ANXIOLYTIQUE (utiliser seulement au besoin)				
Date et heure	Médicament	Dose	Voie	Signature
	LORazépam	0.5 à 1 mg	Sublinguale 5 à 10 minutes avant l'ingestion de Substance pour provoquer le coma (au besoin pour traiter l'anxiété)	
3. SUBSTANCE POUR PROVOQUER LE COMA À ADMINISTRER PAR LA BOUCHE				
Date et heure	Médicament	Dose	Voie	Signature
	Éléments du composé : PHÉNobarbital en poudre* 20 g Hydrate de chloral en poudre* 20 g Sulfate de morphine en poudre* 3 g Acésulfame de potassium 365 mg Glycosides de stéviol 95 % 370 mg Magnasweet® 360 mg *Ingrédients actifs Éléments du liquide de suspension 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	Composé au complet	PO Mélanger la poudre au liquide de suspension pour obtenir la consistance voulue Prendre en moins de 4 minutes	
OU				
	Éléments du composé PHÉNobarbital en poudre* 20 g Hydrate de chloral en poudre* 20 g Sulfate de morphine en poudre* 3 g Acésulfame de potassium 365 mg Glycosides de stéviol 95 % 370 mg Magnasweet® 360 mg *Ingrédients actifs Liquide de suspension : Eau distillée 120 mL	Composé au complet	Sonde nasogastrique ou sonde par gastrostomie endoscopique percutanée Mélanger la poudre à 120 mL d'eau Administrer en moins de 4 minutes Après l'administration, rincer la sonde avec 60 à 90 mL d'eau	

**Aide médicale à mourir (AMM)
Liste de vérification de la procédure pour
l'administration des médicaments**

Registre d'administration des médicaments pour les médicaments administrés par VOIE INTRAVEINEUSE
(cette page seulement complétée si le médecin ou l'infirmière praticienne administreront l'AMM ou si l'AMM administré par le patient n'est pas efficace après une heure)

1. ANXIOLYTIQUE

Avant le début de la procédure, rincer le dispositif d'injection à l'aide d'une seringue préremplie de 10 mL de chlorure de sodium 0,9%.

Date et heure	Médicament	Dose	Voie	Signature
	LORazepam 1mg comprimés	2mg (2 comprimés)	Sublingual	
OU				
	Midazolam 5 mg/mL	10 mg = 2 mL	IV sur une période de 4 minutes	
	Deuxième dose, seulement si nécessaire			

2. ANESTHÉSIQUE LOCAL (UN des anesthésiques suivants)

Date et heure	Médicament	Dose	Voie	Signature
	Lidocaïne 2% (20 mg/mL)	40 mg = 2 mL	IV sur une période de 30 secondes	
OU				
	Sulfate de magnésium Utiliser en cas d'allergie grave (anaphylaxie) à la lidocaïne	1000 mg dans 10 mL (dilué à 10 mL à l'aide de chlorure de sodium 0,9 %)	IV Administrar lentement sur une période de 5 minutes	

3. AGENT POUR PROVOQUER LE COMA (UN des agents suivants) – Utiliser la deuxième dose qui se trouve dans chaque trousse au besoin (si elle est utilisée, noter l'information dans l'espace en blanc).

Date et heure	Médicament	Dose	Voie	Signature
	Propofol 10 mg/mL Agiter avant l'usage Ne pas réfrigérer	1000 mg = 100 mL (1000 mg contenus dans 4 seringues contenant 250 mg chacune)	IV Administrar lentement le contenu de chaque seringue sur une période de 1.5 minutes	
	Deuxième dose, seulement si nécessaire			
OU				
	PHENobarbital 120 mg/mL	3000 mg = 25 mL (dilué davantage à 50 mL avec chlorure de sodium 0,9%)	IV Administrar lentement sur une période de 5 minutes	
	Deuxième dose, seulement si nécessaire			

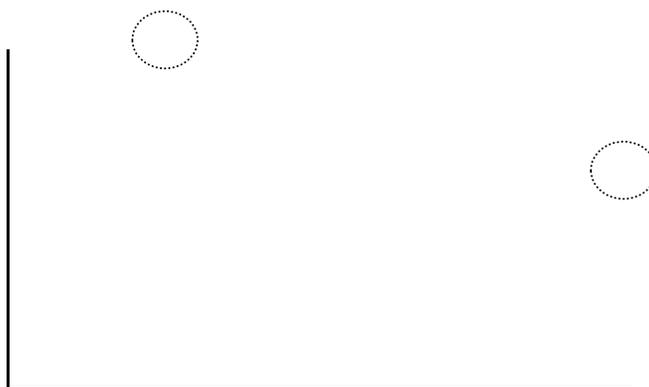
Après l'administration de l'agent pour provoquer le coma, rincer le dispositif d'injection à l'aide de deux seringues préremplies de 10 mL de chlorure de sodium 0,9 %.

4. INHIBITEUR NEUROMUSCULAIRE (UN des inhibiteurs neuromusculaires suivants)

Date et heure	Médicament	Dose	Voie	Signature
	Rocuronium 10 mg/mL	200 mg = 20 mL	IV Administrar rapidement	
OU				
	Cisatracurium 2 mg/mL	30 mg = 15 mL	IV Administrar rapidement	

Après l'administration de l'inhibiteur neuromusculaire, rincer le dispositif d'injection à l'aide d'une seringue préremplie de 10 mL de chlorure de sodium 0,9 %.

**Aide médicale à mourir (AMM)
Liste de vérification de la procédure pour
l'administration des médicaments**



5. MÉDICAMENT POUR ASSURER L'ARRÊT CARDIAQUE - OPTIONNEL				
Date et heure	Médicament	Dose	Voie	Signature
	Bupivacaïne 5 mg/mL	400 mg = 80 mL (400 mg contenus dans 4 seringues contenant 100 mg chacune)	IV Over 30 to 60 seconds	
<i>Flush injection device with 1 x 10 mL pre-filled syringe of sodium chloride 0.9% following administration of medication to ensure cardiac arrest.</i>				

Notes d'évolution interdisciplinaires

Date	Heure 24 h	Modèle	D – Données A – Action R – Réaction P – Plan

Notes d'évolution du médecin / de l'infirmière praticienne

Date : _____

Après la procédure

Date et heure du décès : _____	Prononcé par : _____
Date et heure que le corps a été enlevé : _____	
Corps emporté à: _____	
Commentaires : _____ _____	
_____ Nom (caractères d'imprimerie)	_____ Signature
_____ Date et heure	
Envoyer une copie à : <input type="checkbox"/> Gestion des risques et à la <input type="checkbox"/> Pharmacie	