



**FORMULAIRE DE DÉCLARATION  
DE LA SÉDATION CONTINUE**



\* I C M 4 0 2 \*

1. **Nom du médecin responsable :** \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

4. **Essais thérapeutiques antérieurs**

Pharmacologiques \_\_\_\_\_

dont une sédation intermittente     Oui     Non

Non pharmacologiques \_\_\_\_\_

5. **Estimation du pronostic vital**

Durée anticipée de la sédation continue \_\_\_\_\_

6. **Recours à la sédation palliative continue**

- Oui
- Non – justifier \_\_\_\_\_

Second avis demandé :  Oui     Non

7. **Obtention d'un consentement écrit**

- Oui – formulaire joint
- Non – justifier \_\_\_\_\_

Nom :

Prénom :

# Dossier :

**8. Médication prescrite**

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

**9. Hydratation**

Naturelle

cessée spontanément par le patient, le \_\_\_\_\_

cessée à l'initiative du médecin, le \_\_\_\_\_

Artificielle

cessée le \_\_\_\_\_

**10. Nutrition**

Naturelle

cessée spontanément par le patient, le \_\_\_\_\_

cessée à l'initiative du médecin, le \_\_\_\_\_

Artificielle

cessée le \_\_\_\_\_

**11. Évolution jusqu'au décès**

Mort paisible

Soulagement incomplet \_\_\_\_\_

Complications \_\_\_\_\_

Décès constaté le \_\_\_\_\_

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

	Rencontre	Désaccord	Approbation	Collaboration
Proches				
Équipe soignante				

**13. Formulaire de déclaration rempli le \_\_\_\_\_**

Et transmis le \_\_\_\_\_

au conseil des médecins dentistes et pharmaciens dont est membre le médecin

<b>Signature du médecin :</b> _____	<b>Date :</b> _____ <b>Heure :</b> _____
-------------------------------------	--