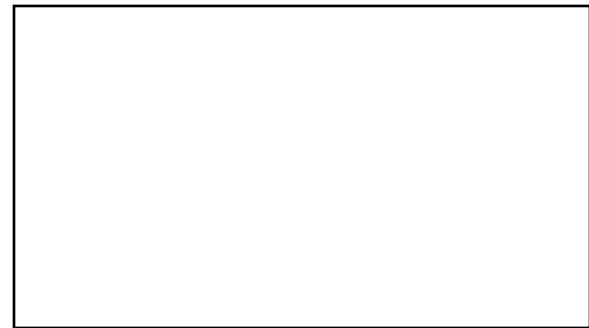


**2.93 Ordonnance pré-imprimée  
Médication pour patients en soins palliatifs  
Administration intra-hospitalière**


\* I C M 3 0 0 \*


**I CLIENTÈLE VISÉE**

- 1- Patient en soins palliatifs ou en fin de vie avec un pronostic réservé
- 2- Âgé de 18 ans ou plus
- 3- Niveau de soins discuté et signé : C ou D

**II BUT**

- Améliorer la qualité de vie des patients en soins palliatifs ou en fin de vie, en soulageant les symptômes reliés à une maladie cardiaque avancée ou terminale.

**III INFORMATION GÉNÉRALE**

- 1- Niveau de soins :  C  D
- 2- Pronostic :  < 1 mois  < 3 mois  \_\_\_\_\_
- 3- Allergie(s) : \_\_\_\_\_

**IV CONTRE-INDICATION**

- Aucune

**V MÉDICATION**
**1. Fièvre ou douleur ou dyspnée**

- A.  Acétaminophène (Tyléno<sup>MD</sup>) 650mg PO ou IR q 4 à 6h  PRN  Régulier

**B. OPIACÉS**

<input type="checkbox"/>	Hydromorphone (Dilaudid <sup>MD</sup> )		mg	PO	<input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> Q4h <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> reg <input type="checkbox"/> PRN
		ou	mg	<input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> Q4h <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> reg <input type="checkbox"/> PRN
		Entre-doses	mg	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Q1h <input type="checkbox"/> Q2h <input type="checkbox"/> Q4h <input type="checkbox"/> _____	PRN
<input type="checkbox"/>	Morphine		mg	PO	<input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> Q4h <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> reg <input type="checkbox"/> PRN
		ou	mg	<input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> Q4h <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> reg <input type="checkbox"/> PRN
		Entre-doses	mg	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Q1h <input type="checkbox"/> Q2h <input type="checkbox"/> Q4h <input type="checkbox"/> _____	PRN

**Suggestions :**

- Si patient **suspecté ou confirmé COVID**, se référer **Guide d'aide à la prise en charge patients COVID + en soins palliatifs** pour une suggestion de dose de départ
- Privilégier l'hydromorphone (Dilaudid<sup>MD</sup>) s'il y a présence d'insuffisance rénale
- Les entre-doses doivent représenter environ 10 % de la dose totale sur 24h (ex : Hydromorphone (Dilaudid<sup>MD</sup>) 5mg PO reçu sur 24h : chaque entre-dose doit être de 0,5mg)
- Équivalence: Hydromorphone (Dilaudid<sup>MD</sup>) 1 mg = Morphine 5 mg;
- Conversion : Hydromorphone (Dilaudid<sup>MD</sup>) 1 mg PO = Hydromorphone (Dilaudid<sup>MD</sup>) 0,5mg SC
- Réévaluer régulièrement les besoins du patient selon son besoin d'entre-doses, son soulagement et son état de conscience

**C. DIURÉTIQUES**

- Furosémide (Lasix<sup>MD</sup>): \_\_\_\_\_

- **Note** : si patient en fin de vie de **COVID suspecté ou confirmé**, typiquement les besoins sont accrus en diurétiques, et ce même en l'absence d'insuffisance cardiaque décompensée.

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**2.93 Ordonnance pré-imprimée**  
**Médication pour patients en soins palliatifs**  
**Administration intra-hospitalière**



\* I C M 3 0 0 \*

**2. Dyspnée réfractaire et/ou anxiété et/ou insomnie et/ou myoclonies**

- Lorazépam (Ativan<sup>MD</sup>) 0.5mg PO ou SL q 4h PRN
- Midazolam (Versed<sup>MD</sup>) 2.5mg SC q2h PRN
- Midazolam (Versed<sup>MD</sup>) \_\_\_\_\_

Si Versed non disponible :

- Lorazépam (Ativan<sup>MD</sup>) 0.5mg SC q2h PRN
- Lorazépam (Ativan<sup>MD</sup>) \_\_\_\_\_

**3. Délirium ou agitation terminale**

- Méthotriméprazine (Nozinan<sup>MD</sup>)\* (si aspect sédatif recherché) : \_\_\_\_\_
  - Suggestion de dose de départ: 6.25mg PO ou SC BID PRN (maximum : 25mg SC QID)
- Halopéridol (Haldol<sup>MD</sup>) \* : \_\_\_\_\_
  - Suggestion de dose de départ: 0,5mg PO ou SC q 4h PRN
  - **Note** : aussi un excellent antiémétique

**4. Nausées et/ou vomissements**

- Ondansétron (Zofran<sup>MD</sup>)\* 4mg SC ou IV q8h PRN\*
- Métoproclamide (Maxeran<sup>MD</sup>)\* 5mg SC ou IV QID PRN\*

**5. Constipation (omettre si diarrhée)**

- Polyéthylène glycol 3350 (Lax-a-day<sup>MD</sup>) 17g PO die régulier
- Suppositoire de glycérine IR + suppositoire de Bisacodyl (Dulcolax<sup>MD</sup>) 10 mg IR à la 3<sup>e</sup> journée sans selle
- Lavement au phosphate de sodium (lavement fleet<sup>MD</sup>) IR die PRN (si suppositoires inefficaces)

**6. Prévenir ou traiter la rétention urinaire**

- Faire un cathétérisme vésical q 8h PRN si signes de rétention urinaire (*bladder scan* > 500cc et/ou pas de miction x 8 heures et/ou présence de douleur sus-pubienne, etc.)
  - Administrer Midazolam (Versed<sup>MD</sup>) 2.5mg SC PRN 20 minutes avant l'installation du cathéter vésical
  - Administrer Lorazépam (Ativan<sup>MD</sup>) 0.5mg SC PRN 20 minutes avant l'installation si Midazolam (Versed<sup>MD</sup>) non disponible
- Installer sonde urinaire à demeure PRN (si plus de 2 cathétérismes vésicaux/24h)
  - Administrer Midazolam (Versed<sup>MD</sup>) 2.5mg SC PRN 20 minutes avant l'installation du cathéter vésical
  - Administrer Lorazépam (Ativan<sup>MD</sup>) 0.5mg SC PRN 20 minutes avant l'installation si Midazolam (Versed<sup>MD</sup>) non disponible **Note** : si administration de scopolamine, surveiller rétention urinaire

**7. Détresse respiratoire et embarras bronchique**

- Prescrire l'OPI en cas de détresse ou d'embarras bronchique en fin de vie (OPI 2.63)

\* **Note** : ces médicaments peuvent potentiellement allonger l'intervalle QT

**VI PRESCRIPTION GÉNÉRALE**

- Cesser moniteur
- Cesser signes vitaux
- Cesser laboratoires sanguins
- Cesser toute médication PO
  - Si altération d'état de conscience et/ou incapable d'avaler et/ou fin de vie imminente

**VII CONTACT OU SOUTIEN**

Pour toute question, vous pouvez faire signaler l'infirmière du programme de soins palliatifs via la téléphoniste de l'ICM au poste 3800 ou faire signaler directement le médecin de garde en soins palliatifs.

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_