

Les soins palliatifs à domicile: trucs et astuces



Élyse Roy, médecin de famille
CLSC La Source, CIUSSSCN



Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels



Nom du conférencier: Élyse Roy



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réels ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Objectifs



- Énumérer les éléments favorables et défavorables pour assurer des soins palliatifs sécuritaires et de qualité à domicile.
- Utiliser des outils pratiques facilitant la prise en charge et les prescriptions dans le contexte du domicile.
- Adapter sa thérapeutique pour tenir compte de la réalité du domicile.

Plan de la présentation



1. **Témoignage!**
2. **Le malade et son environnement**
3. **La prise en charge**
4. **La médication à domicile**
5. **L'approche de la fin de vie**
6. **Quelques références**



1. TÉMOIGNAGE



2. LE MALADE ET SON ENVIRONNEMENT

Le malade...



- **Physique: grandeur, poids**
 - Perspective de la perte d'autonomie
- **Acceptation de la maladie et des traitements proposés**
 - Retard dans le soulagement des symptômes (rattrapage)
- **Chimiothérapie en cours**
 - Fausse l'état général, à risque de complications
- **Tabagisme**
 - Si O₂ devenait nécessaire
- **Ressources financières**
 - Équipements, aide à domicile

L'environnement...



- **Le(s) aidant(s)**
 - Nombre, disponibilité, volonté
- **Le domicile**
 - Couloirs, encombrement des pièces, répartition des pièces sur les étages, accessibilité
 - Ergothérapeute disponible?
- **L'équipe du CLSC**
 - Composition à savoir + coordonnées
- **Le médecin: élément décisif dans l'évolution du traitement**
- **Disponibilité des milieux de fin de vie**



3. LA PRISE EN CHARGE

Évaluation et discours!



- **Évaluation complète des symptômes**
- **Évaluation des capacités physiques (équipements)**
- **Explorer les peurs (mort, souffrance, mourir étouffer)**
- **3 petits «discours»:**
 - Gestion de la douleur...la petite histoire du comprimé avalé!
 - Gestion de l'appétit...et souvent de toute une famille!
 - Gestion de l'énergie...comme une «batterie d'auto»!

Des numéros de téléphone...



- **S'assurer que le patient a:**
 - Le numéro de son infirmière
 - Autre professionnel du CLSC
 - Le numéro du 24/7
- **Le numéro pour vous joindre FACILEMENT! A qui le donner?**
 - À sa pharmacie
 - Aux intervenants du CLSC
 - Au patient???

On parle pilules!



- **Voir les médicaments...de vos yeux!**
 - Pas juste la liste
 - TOUS: pilulier, pots, poudres, pompes, suppositoires, injections, ceux au frigo, armoire, table de chevet,...
 - Donne bonne indication de connaissance du patient...
 - ...et du médecin de son patient!!!
- **Petits achats:**
 - Coupe-pilules +/- écrase-pilules
 - Dosette maison ou par la pharmacie
- **Du ménage SVP!**
- **Feuille des entre-doses (un exemple)**



4. LA MÉDICATION À DOMICILE

Quelques «règles»



- Rappelez-vous la devise des gériatres:
 «*Start low, go slow*»
- Patients TRÈS à risque de délirium
- Un petit coup de téléphone!

Les opioïdes



- **Codéine: à bannir en soins palliatifs**
- **Morphine: petits dosages, tolérance chez personnes âgées**
- **Oxycodone: conditions de couverture de l'oxyNéo[®], pas de s/c, formulation avec naloxone**
- **Hydromorphone: ne s'appelle pas morphine!**
- **Fentanyl: chez les patients stables**
- **Méthadone: sous-utilisée**

- **Ne pas oublier les co-analgésiques!!!**

La méthadone...petit guide à domicile



- **Utilisation «facile» en co-analgésie**
 - Douleurs neuropathiques
 - Douleurs osseuses ...ou douleurs complexes!
- **En ajout aux opioïdes déjà en place**
- **Débuter petite dose (ex: 1mg BID) et augmenter progressivement après 5-7 jours**
- **Conseils importants aux patients + famille:**
 - Surveiller étroitement sx de surdosage d'opioïdes: trop bon soulagement, somnolence, nausées, confusion.
 - Dose d'opioïde à diminuer sans attendre si sx de surdosage
- **Parler au pharmacien**

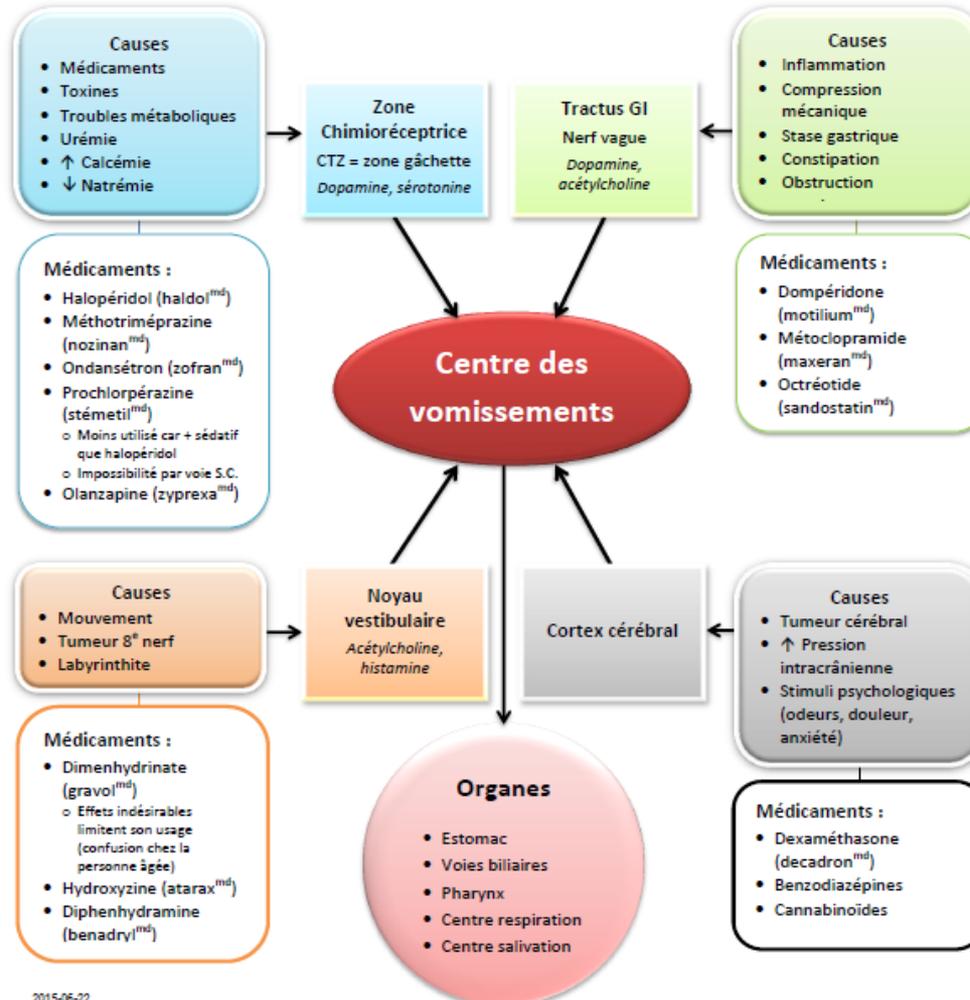
La gestion des nausées



- Symptôme trop souvent négligé
- Le dimenhydrinate (Gravol)...à la poubelle!
- Additionner rapidement les molécules après essai valable et régulier
- Molécules selon la cause: voir le schéma

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

Mécanismes physiopathologiques et traitements pharmacologiques



2015-06-22

Adapté avec l'autorisation du Dre Mélanie St-Pierre HDQ et Mélanie Simard, Pharmacienne CHUQ-HDQ et MMS.

Causes

- Médicaments
- Toxines
- Troubles métaboliques
- Urémie
- ↑ Calcémie
- ↓ Natrémie

Médicaments :

- Halopéridol (haldol^{md})
- Méthotriméprazine (nozinan^{md})
- Ondansétron (zofran^{md})
- Prochlorpérazine (stémétil^{md})
 - Moins utilisé car + sédatif que halopéridol
 - Impossibilité par voie S.C.
- Olanzapine (zyprexa^{md})

Zone Chimioréceptrice
 CTZ = zone gâchette
Dopamine, sérotonine

Tractus GI
 Nerf vague
Dopamine, acétylcholine

Centre des vomissements

- I
- C
- n
- s
- C
- C

Mé

- C
- (I
- N
- (I
- C
- (e

Zone Chimioréceptrice
CTZ = zone gâchette
Dopamine, sérotonine

Tractus GI
Nerf vague
Dopamine, acétylcholine

- Causes**
- Inflammation
 - Compression mécanique
 - Stase gastrique
 - Constipation
 - Obstruction

- Médicaments :**
- Dompéridone (motilium^{md})
 - Métoclopramide (maxeran^{md})
 - Octréotide (sandostatatin^{md})

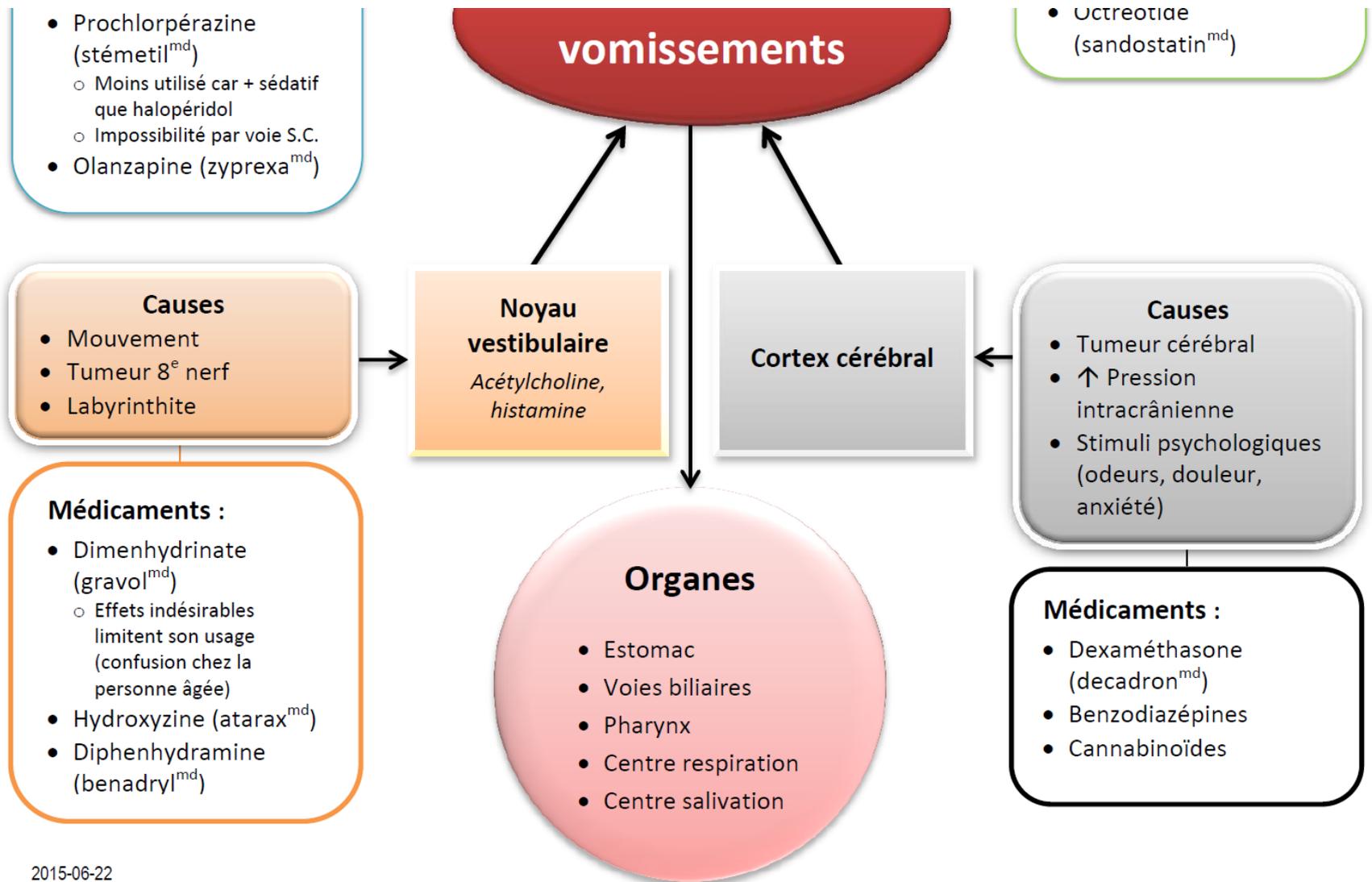
Centre des vomissements

es

)

nd)

tif



Les trucs du métier!

ET LES LIMITES
IMPOSÉES PAR
LA RAMQ!



- **L'atropine s/linguale pour l'hyposialorrhée**
 - 1 goutte s/ling QID (atropine ophtalmique 1%)
- **La xérostomie:**
 - Rince-bouche de «base»: 2T eau + 1c thé sel + 1c thé soda
 - ✦ Dans bouteille d'eau 500ml; frigo 1 semaine
 - Liquides
 - Bonbons/gomme
 - Produits Biotène[®] (spray, rince-bouche, gel), Moi-Stir[®] ou autre...
 - Melon d'eau congelé en petits cubes

Les trucs du métier (2)!



- **Le méthotriméprazine (Nozinan[®])**
 - couverture RAMQ=2 mg seulement (!!!) et formule injectable (25mg/ml)
- **L'ondansétron (Zofran[®])**
 - Patient d'exception: minimalement 1 Rx de chaque classe
- **Le métoclopramide (Maxeran[®]) s/c**
 - Patient d'exception
- **Sirop Robinul PO**
 - Recette RAMQ: vider 2 ampoules de 1ml (soit total de 0.4mg) dans jus d'orange QID prn
 - Recette privée: dans sirop simple, faire constituer concentration de 0.1mg/ml. *Sig* : 5ml (0.5mg) PO QID prn
 - **OU** prélèvement de 0.4mg (2ml) dans fiole multidoses et mettre dans jus d'orange

Les trucs du métier (3)!



- **Crèmes magistrales**
 - Non couvertes RAMQ
 - De 50 à 70\$ pour un pot de 30gr de lidocaïne 10% + kétamine 4%
- **L'Aredia IV à domicile**
 - Préparé dans *intermate* (biberon), administration IV en 2h30.
 - Apprendre au patient/famille à clamber
 - No de cellulaire de l'infirmière
 - Prévoir la 1^{ère} dose en milieu médical (CLSC ou hôpital)
 - Stabilité du «biberon»: 14 jours frigo, 24 heures pièce; à sortir du frigo 1hre avant l'arrivée de l'infirmière



**5. L'APPROCHE DE LA
FIN DE VIE**

La prise de la médication PO difficile



- Éliminer tout Rx qui n'est plus essentiel
- Écraser ce qui peut l'être (pharmacien)
- Médicaments en sirop
- Ouvrir les capsules (ne pas croquer les granules)
 - M-eslon, Kadian, Hydromorph contin, prégabaline, gabapentin
- Prise avec texture molle (purée, pouding, yogourt)
- La prise bucco-gingivale (ou transmuqueuse buccale)
- La voie s/c

L'administration du bucco-gingival

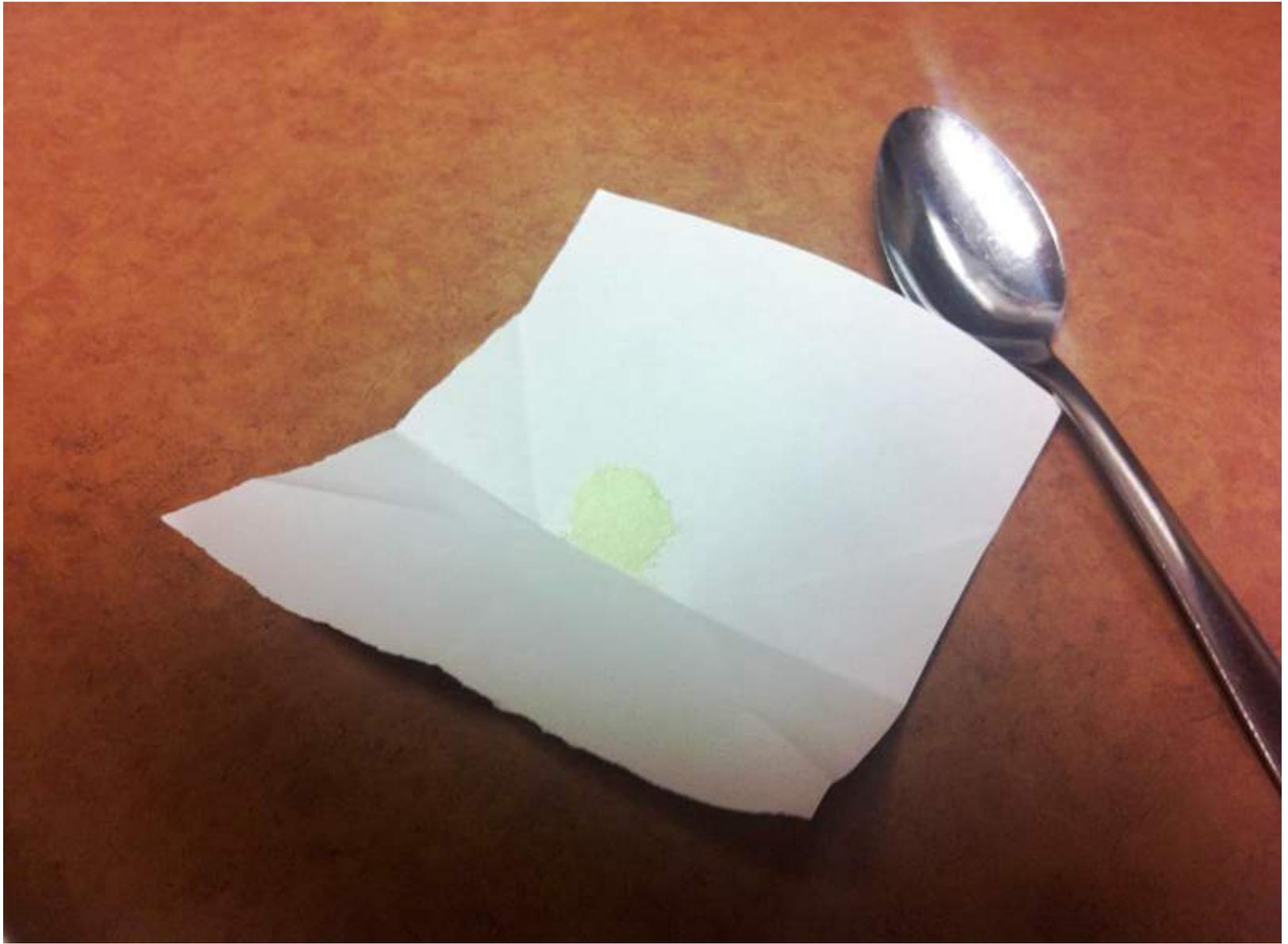


- **Quand l'utiliser:**
 - Prise PO plus difficile
 - Malabsorption digestive
 - Transit ralenti ou risque de subocclusion
- **Dose=comme PO (ou un peu moins...)**
- **Médicaments possibles: opioïdes** (méthadone=solution par la phx avec poudre), **méthotriméprazine** (ulcères avec solution injectable), **halopéridol, benzodiazépines,...**
- **Produit utilisé:**
 - Liquide (solution injectable) ou comprimé écrasé















La voie sous-cutanée



- «Papillon», Insuflon[®], perfusion,... et beaucoup de questions!
- Mise en seringues par:
 - Infirmière au chevet
 - Pharmacie sous hotte
- Feuilles de prescriptions de la médication sous-cutanée
- Prescription du protocole de détresse
- Feuilles de suivi de la médication au chevet

Article de référence...



- *Durée de stabilité de médicaments en seringue pour administration sous-cutanée à des patients en fin de vie à domicile.*
- **Auteurs: Annie Roberge et autres pharmaciens**
- **Pharmactuel, Vol. 41, N°4 (août-septembre 2008)**

La mise en seringue par...



INFIRMIÈRE AU CHEVET

- Coût «sociétaire» moindre
- Changement des doses de jour en jour
- Temps infirmier «gaspillé»
- Réservé aux fins de vie

PHARMACIE (SOUS HOTTE)

- Coût nettement plus élevé
 - Médicament, seringue, aiguille, mise en seringue, emballage, transport.
- «GOLD STANDARD»
- Délai parfois appréciable selon l'urgence

Transmission par télécopieur
Demande d'O₂ à domicile

Dr	Téléphone :
Adresse :	Télécopieur :

Etablissement : service d'oxygénothérapie à domicile	
A/S de :	Date :
N° de télécopieur :	

Nom du patient :	No dossier:
Date de naissance :	RAMQ :
Adresse :	
No de tel. :	

Prescription pour oxygénothérapie à domicile
<input type="checkbox"/> Diagnostic (nécessite atteinte pulmonaire):
<input type="checkbox"/> Saturation au repos (nécessite <88%):
<input type="checkbox"/> Pronostic (nécessite < 3 mois) :
<input type="checkbox"/> Prescription médicale : <input type="checkbox"/> O ₂ pour confort <input type="checkbox"/> Autre :

Signature :
N° de permis d'exercice :

Transmission confidentielle par télécopieur

Médecin :	Téléphone :
Adresse :	Page :
	Télécopieur :

Nom du pharmacien :	Date :
N° de télécopieur :	Heure :

Nom du patient :	Dossier :
Date de naissance :	Téléphone :

<input type="checkbox"/> Halopéridol (Haldol®) 5mg/ml	
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) s/c q ____ hres régulier	
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) s/c q 1 hre prn si nausée, confusion, agitation (max. __ doses/24hres)	
# ____ ampoules de 1 ml, R= ____	
# ____ seringues de ____ mg préparées sous hotte stérile, R= ____	(stable 7 jrs, 25°C)

<input type="checkbox"/> Méthotrimeprazine (Nozinan®) 25mg/ml	
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) s/c q ____ hres régulier	
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) s/c q 2 hres prn si agitation, anxiété, insomnie	
# ____ ampoules de 1 ml, R= ____	
# ____ seringues de ____ mg préparées sous hotte stérile, R= ____	(stable 24 hres, 25°C)

<input type="checkbox"/> Glycopyrrolate (Robinul®) 0.2 mg/ml	
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) s/c q ____ hres régulier	
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) s/c q 2 hres prn si embarras bronchique	
# ____ fioles/ampoules de 1 ml, R= ____	
# ____ seringues de ____ mg préparées sous hotte stérile, R= ____	(stable 8jrs, 4°C)

<input type="checkbox"/> Scopolamine® <input type="checkbox"/> 0.4mg/ml <input type="checkbox"/> 0.6mg/ml	
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) s/c q ____ hres régulier	
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) s/c q 2hres prn si embarras bronchique	
# ____ fioles de 1ml, R= ____	
# ____ seringues de ____ mg préparées sous hotte stérile, R= ____	(stable 7jrs, 25°C)

POUR SERINGUES PRÉPARÉES SOUS HOTTE, SERVIR AVEC : AIGUILLES BOUCHONS

Je certifie que :
<ul style="list-style-type: none"> • cette ordonnance est une ordonnance originale, • le pharmacien identifié précité est le seul destinataire, • l'original ne sera pas réutilisé.

Signature :
N° de permis d'exercice :

CONFIDENTIALITÉ Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, vous êtes par la présente avisé qu'il est strictement interdit de diffuser ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par mégarde, veuillez nous en aviser immédiatement par téléphone et nous le retourner par la poste, à nos frais. Merci de votre collaboration.

Date de naissance :

Téléphone :

Halopéridol (Haldol®) 5mg/ml

- ____ mg (____ ml) s/c q ____ hres régulier
- ____ mg (____ ml) s/c q 1 hre prn si nausée, confusion, agitation (max. __ doses /24hres)

____ ampoules de 1 ml, R= ____

____ seringues de ____ mg préparées sous hotte stérile, R= ____ (stable 7 jrs, 25°C)



Méthotriméprazine (Nozinan®) 25mg/ml

- ____ mg (____ ml) s/c q ____ hres régulier
- ____ mg (____ ml) s/c q 2 hres prn si agitation, anxiété, insomnie

____ ampoules de 1 ml, R= ____

____ seringues de ____ mg préparées sous hotte stérile, R= ____ (stable 24 hres, 25°C)

Glycopyrrolate (Robinul®) 0.2 mg/ml

- ____ mg (____ ml) s/c q ____ hres régulier
- ____ mg (____ ml) s/c q 2 hres prn si embarras bronchique

____ fioles/ampoules de 1ml, R= ____

____ seringues de ____ mg préparées sous hotte stérile, R= ____ (stable 9jrs, 4°C)

Scopolamine® 0.4mg/ml 0.6mg/ml

- ____ mg (____ ml) s/c q ____ hres régulier
- ____ mg (____ ml) s/c q 2hres prn si embarras bronchique

____ fioles de 1ml, R= ____

____ seringues de ____ mg préparées sous hotte stérile, R= ____ (stable 7jrs, 25°C)

POUR SERINGUES PRÉPARÉES SOUS HOTTE, SERVIR AVEC AIGUILLLES BOUCHONS

Je certifie que :

- cette ordonnance est une ordonnance originale,
- le pharmacien identifié précité est le seul destinataire,
- l'original ne sera pas réutilisé.

Signature :

Transmission confidentielle par télécopieur

Médecin :	Téléphone :
Adresse :	Paget :
	Télécopieur :

Nom du pharmacien :	Date :
N° de télécopieur :	Heure :

Nom du patient :	Dossier :
Date de naissance :	Téléphone :

<input type="checkbox"/> Morphine 10mg/ml	<input type="checkbox"/> Morphine HP 50mg/ml
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) q 4 hres régulier	<input type="checkbox"/> s/c <input type="checkbox"/> bucco-gingival
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) q 1 hre prn	<input type="checkbox"/> s/c <input type="checkbox"/> bucco-gingival
si douleur, dyspnée, toux ou fréquence resp. >28/min	
# ____ ampoules de 1 ml, servir ____ ampoules/fois, NR	
# ____ seringues de ____ mg (servir ____ seringues/fois) et ____ seringues de ____ mg (servir ____ seringues/fois) préparées sous hotte stérile, NR (ctable 9 Jrs, 4°C)	
<input type="checkbox"/> Hydromorphone (Dilaudid®) 2mg/ml	<input type="checkbox"/> Dilaudid HP 10mg/ml
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) q 4 hres régulier	<input type="checkbox"/> s/c <input type="checkbox"/> bucco-gingival
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) q 1 hre prn	<input type="checkbox"/> s/c <input type="checkbox"/> bucco-gingival
si douleur, dyspnée, toux ou fréquence resp. >28/min	
# ____ ampoules de 1 ml, servir ____ ampoules/fois, NR	
# ____ seringues de ____ mg (servir ____ seringues/fois) et ____ seringues de ____ mg (servir ____ seringues/fois) préparées sous hotte stérile, NR (ctable 9 Jrs, 4°C)	

<input type="checkbox"/> Midazolam (Versed®) 5mg/ml	
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) q ____ hres régulier	<input type="checkbox"/> s/c <input type="checkbox"/> bucco-gingival
<input type="checkbox"/> ____ mg (____ ml) q ____ hres prn	<input type="checkbox"/> s/c <input type="checkbox"/> bucco-gingival
si anxiété, insomnie, agitation.	
# ____ ampoules de 1 ml, R=	
# ____ seringues de ____ mg préparées sous hotte stérile, R= (ctable 9 Jrs, 25°C)	

POUR SERINGUES PRÉPARÉES SOUS HOTTE, SERVIR AVEC : AIGUILLES BOUCHONS

Je certifie que :
<ul style="list-style-type: none"> • cette ordonnance est une ordonnance originale, • le pharmacien identifié précité est le seul destinataire, • l'original ne sera pas réutilisé.

Signature :
N° de permis d'exercice :

CONFIDENTIALITÉ Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, vous êtes par la présente avisé qu'il est strictement interdit de diffuser ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par mégarde, veuillez nous en aviser immédiatement par téléphone et nous le retourner par la poste, à nos frais. Merci de votre collaboration.

Morphine 10mg/ml

Morphine HP 50mg/ml

_____ mg (_____ ml) q 4 hres régulier s/c bucco-gingival

_____ mg (_____ ml) q 1 hre prn s/c bucco-gingival
si douleur, dyspnée, toux ou fréquence resp. >28/min

_____ ampoules de 1 ml, servir _____ ampoules/fois, NR

_____ seringues de _____ mg (servir _____ seringues/fois) et _____ seringues de _____ mg (servir _____ seringues/fois) préparées sous hotte stérile, NR (stable 9 jrs, 4°C)

Hydromorphone (Dilaudid®) 2mg/ml

Dilaudid HP 10mg/ml

_____ mg (_____ ml) q 4 hres régulier s/c bucco-gingival

_____ mg (_____ ml) q 1 hre prn s/c bucco-gingival
si douleur, dyspnée, toux ou fréquence resp. >28/min

_____ ampoules de 1 ml, servir _____ ampoules/fois, NR

_____ seringues de _____ mg (servir _____ seringues/fois) et _____ seringues de _____ mg (servir _____ seringues/fois) préparées sous hotte stérile, NR (stable 9 jrs, 4°C)

Midazolam (Versed®) 5mg/ml

_____ mg (_____ ml) q _____ hres régulier s/c bucco-gingival

_____ mg (_____ ml) q _____ hres prn s/c bucco-gingival
si anxiété, insomnie, agitation.

_____ ampoules de 1 ml, R= _____

_____ seringues de _____ mg préparées sous hotte stérile, R= _____ (stable 9 jrs, 25°C)

POUR SERINGUES PRÉPARÉES SOUS HOTTE, SERVIR AVEC : AIGUILLLES BOUCHONS

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Paget :
	Télécopieur :

Nom du pharmacien :	Date :
N° de télécopieur :	Heure :

Nom du patient :	Dossier :
Date de naissance :	Téléphone :

Prescription pour le protocole de détresse respiratoire	
<input type="checkbox"/> Versed 5 mg/ml	
<input type="checkbox"/> 5 mg s/c	
<input type="checkbox"/> 10 mg s/c	# ___ ampoules de 1 ml, R 5
<input type="checkbox"/> 15 mg s/c	
<input type="checkbox"/> Scopolamine 0,4 mg/ml <input type="checkbox"/> ou 0,6mg/ml <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 0,4 mg s/c	# ___ ampoules de 1 ml, R 5
<input type="checkbox"/> 0.6 mg s/c	
<input type="checkbox"/> Morphine 10 mg/ml <input type="checkbox"/> ou HP 50mg/ml <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 10 mg s/c	
<input type="checkbox"/> 15 mg s/c	# ___ ampoules de 1 ml (servir ___ ampoules à la fois).
<input type="checkbox"/> ___ mg s/c	
Ou	
<input type="checkbox"/> Dilaudid 2 mg/ml <input type="checkbox"/> ou HP 10mg/ml <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2 mg s/c	
<input type="checkbox"/> 2.5 mg s/c	# ___ ampoules de 1 ml (servir ___ ampoules à la fois).
<input type="checkbox"/> ___ mg s/c	

Protocole répétable 1 fois après 30 minutes

Aviser le médecin dans les 24 heures ou si patient non soulagé.

Je certifie que : <ul style="list-style-type: none">• cette ordonnance est une ordonnance originale,• le pharmacien identifié précité est le seul destinataire,• l'original ne sera pas réutilisé.

Signature :
N° de permis d'exercice :

CONFIDENTIALITÉ Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, vous êtes par la présente avisé qu'il est strictement interdit de diffuser ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par mégarde, veuillez nous en aviser immédiatement par téléphone et nous le retourner par la poste, à nos frais. Merci de votre collaboration.

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom :	Téléphone :
Adresse :	Paget :
	Télécopieur :

Nom du pharmacien :	Date :
N° de télécopieur :	Heure :

Nom du patient :	Dossier :
Date de naissance :	Téléphone :

Prescription pour le protocole de détresse respiratoire	
<input type="checkbox"/> Versed 5 mg/ml, à donner s/c <input type="checkbox"/> et/ou à donner bucco-gingival <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 5 mg	<input type="checkbox"/> # 1 seringue <u>avec</u> aiguille préparée sous hotte de ___ mg, R=20
<input type="checkbox"/> 10 mg	<input type="checkbox"/> # 1 seringue <u>sans</u> aiguille préparée sous hotte de ___ mg, R=20
<input type="checkbox"/> 15 mg	
<input type="checkbox"/> Scopolamine 0,4 mg/ml <input type="checkbox"/> ou 0.6mg/ml <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 0,4 mg s/c	# 1 seringue avec aiguille préparée sous hotte de ___ mg, R=20
<input type="checkbox"/> 0.6 mg s/c	
<input type="checkbox"/> Morphine 10 mg/ml <input type="checkbox"/> ou HP 50mg/ml <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 10 mg s/c	# 20 seringues avec aiguille préparées sous hotte de _____mg (servir 1 seringue à la fois).
<input type="checkbox"/> 15 mg s/c	
<input type="checkbox"/> ___ mg s/c	
ou	
<input type="checkbox"/> Dilaudid 2 mg/ml <input type="checkbox"/> ou HP 10mg/ml <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 2 mg s/c	# 20 seringues avec aiguille préparées sous hotte de _____mg (servir 1 seringue à la fois).
<input type="checkbox"/> 2.5 mg s/c	
<input type="checkbox"/> ___ mg s/c	

Protocole répétable 1 fois après 30 minutes

Aviser le médecin dans les 24 heures ou si patient non soulagé

IMPORTANT ; ASSURER UN APPROVISIONNEMENT DES SERINGUES SELON LA DURÉE DE STABILITÉ DE CHAQUE MÉDICAMENT. MERCI

Je certifie que :
<ul style="list-style-type: none">• cette ordonnance est une ordonnance originale,• le pharmacien identifié précité est le seul destinataire,• l'original ne sera pas réutilisé.

Signature :
N° de permis d'exercice :

CONFIDENTIALITÉ Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, vous êtes par la présente avisé qu'il est strictement interdit de diffuser ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par mégarde, veuillez nous en aviser immédiatement par téléphone et nous le retourner par la poste, à nos frais. Merci de votre collaboration.

PROTOCOLE DE DÉTRESSE EN SOINS PALLIATIFS

Guide thérapeutique

Indications

- Détresse respiratoire aiguë
- Hémorragie aiguë
- Douleur sévère non contrôlable

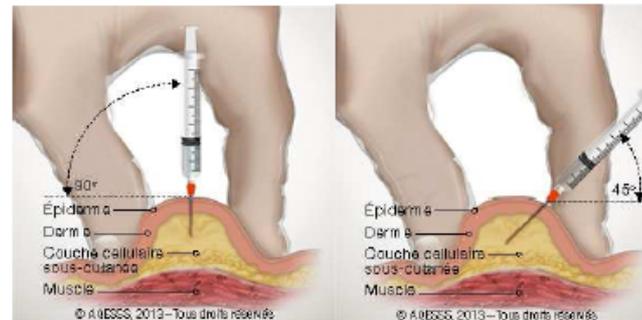
Recommandations thérapeutiques pour le protocole de détresse

Versed	Dose recommandée
<ul style="list-style-type: none">• Si aucune prise de benzodiazépine ou• Prise de benzodiazépine sur une base PRN ou• Prise de benzodiazépine unquotidienne ou• Poids < 70 kg	5 mg s/c
<ul style="list-style-type: none">• Si prise de benzodiazépine plus d'une fois par jour ou• Poids > 70 kg	10 mg s/c
<ul style="list-style-type: none">• Si prise de benzodiazépine à haute dose ou• Tolérance importante aux benzodiazépines	15 mg s/c
Scopolamine	
<ul style="list-style-type: none">• Si aucune prise d'anticholinergique	0,4 mg s/c
<ul style="list-style-type: none">• Prise régulière d'anticholinergique	0,6 mg s/c
Opioïde (dose calculée selon l'équivalent de la dose régulière s/c aux 4 heures.	
<ul style="list-style-type: none">• Morphine	
o Si <10 mg/dose s/c q 4hres	10 mg
o De 10 à 30 mg/dose s/c q 4hres	15 mg
o Si > 30 mg/dose s/c q 4hres	50 % de la dose s/c aux 4h (max 50 mg)
<ul style="list-style-type: none">• Dilaudid	
o Si < 2 mg/dose s/c q 4hres	2 mg
o De 2 mg à 5 mg/dose s/c q 4hres	2.5 mg
o Si > 5 mg/dose s/c q 4hres	50 % de la dose s/c aux 4h (max 8 mg)

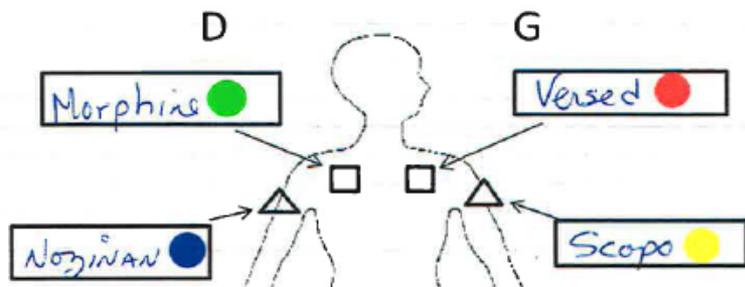
Administration de la médication par la voie sous-cutanée

Privilégier le **thorax** comme site d'injection :

- **varier l'endroit à chaque injection** : respecter une distance minimale de 2,5 cm (1 pouce) avec le site précédent.
- Pincer la peau.
- Injecter la médication sous-cutanée :
 - **Adulte de stature moyenne** :
 - angle de 45° : aiguille 25 G 16 mm (*privilégier cette méthode chez un patient maigre*)
 - angle de 90° : aiguille 25 G 12 mm
 - **Adulte obèse** :
 - insérer l'aiguille à la base du pli cutané
 - utiliser une aiguille suffisamment longue pour traverser le tissu graisseux à la base du pli cutané
 - **Enfant** :
 - angle de 90° : aiguille 26 à 30 G 12 mm



- Injecter le médicament.
- Laisser l'aiguille en place 10 secondes après l'injection.



Médicaments		0 H	1 H	2 H	3 H	4 H	5 H	6 H	7 H	8 H	9 H	10 H	11 H	12 H	13 H	14 H	15 H	16 H	17 H	18 H	19 H	20 H	21 H	22 H	23 H
RÉGULIER																									
MORPHINE 10 mg/ml	2,5 mg soit																								
	0,25 ml																								
VERSED 5 mg/ml	1 ml																								
Morphine 10 mg/ml	1,5 mg																								
chaque 1h au besoin	0,15 ml																								
Nozinan 25 mg/ml	12,5 mg																								
aux 4 heures au besoin	0,5 ml																								
Scopolamine 0,4 mg	1 ml																								
aux 2 heures si embarras																									



6. QUELQUES RÉFÉRENCES



- Un ami médecin...pour vous aider avec la méthadone.
- Trouvez-vous une pharmacie préparatrice avec hotte stérile de référence et faites vos demandes!!!
- Le *Guide des soins palliatifs*, de l'APES
....*ESSENTIEL!*



- **Capsules d'information pour les aidants en ligne:**
 - 6 capsules (nutrition, service social, réadaptation, I.S.S., médical, soins infirmiers), introduction et conclusion.
 - Adresse:
 - ✦ www.palli-science.com (section communauté → vidéos pour proches aidants)...inscription obligatoire.



- **Les soins palliatifs à domicile, c'est apprendre à...**
 - gérer l'incertitude (lorsqu'on referme la porte...)
 - négocier chaque médicament, chaque nouvel équipement avec le malade et sa famille
 - se débrouiller avec peu et parfois passer outre les standards de pratique hospitaliers



- **Les soins palliatifs à domicile c'est aussi, heureusement...**
 - recevoir très souvent une gratification impressionnante du patient et de sa famille, pour permettre de rendre les derniers moments le plus «optimal» possible.

MERCI!

Remerciements!



- **Pharmacies**
 - Préparations stériles Lavoie (Laurier-Lavoie)
 - Pharmaprix Julie Jean
- **Mes collègues médecins et pharmaciennes pour les nombreux essais thérapeutiques à l'USP du Centre d'hébergement de Charlesbourg**
- **Mme Claudine Pellerin, infirmière clinicienne à l'équipe de soins palliatifs du CLSC La Source**

Le Numéro de votre Atelier : D-3

Le Titre de votre Atelier : Les soins palliatifs à domicile : trucs et astuces.

L'ÉLÉMENT-CLÉ

Dans ce domaine, un (1) élément clé qui pourrait contribuer de manière exceptionnelle à créer une différence positive pour les patients, leurs proches, les soignants ou encore le réseau de la santé...est :

Une gestion des symptômes optimale en fin de vie.

NOTRE CONSTAT-RECOMMANDATION :

Pour actualiser encore davantage cet élément-clé, notre constat-recommandation est qu'il faut absolument...

...que la prise en charge médicale à domicile soit rapide et intensive pour améliorer la qualité de vie et le contrôle des symptômes et ainsi favoriser le maintien à domicile possiblement jusqu'en fin de vie, sinon le plus longtemps possible.