

GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE

SEDATION PALLIATIVE CONTINUE - SURVEILLANCE DE L'USAGER

Généralités :

Ce nouveau formulaire doit être complété par les infirmières et les candidates à la profession infirmière [CEPI] pour documenter la surveillance de l'utilisateur sous sédation palliative continue.

Nous recommandons l'utilisation de ce formulaire qui offre une meilleure vue d'ensemble de la surveillance à effectuer chez l'utilisateur sous sédation palliative continue.

***Toute note supplémentaire ou complément d'information doit être documenté sur les notes d'évolution**

Directives de complétion :

- 1- Identifier chaque formulaire avec l'adressographe.
- 2- Inscrire la date et l'heure du début de l'administration de la sédation palliative continue dans l'espace prévue à cette fin au haut du formulaire.
- 3- Les évaluations sont faites à l'aide des échelles inscrites au formulaire et la fréquence est déterminée par le tableau de surveillance que vous trouverez à l'endos du formulaire ainsi qu'au PID-016 « Évaluation et suivi de l'utilisateur sous sédation palliative continue (SPC) ». Les symptômes pour lesquels le médecin prescrit une sédation palliative continue sont aussi en annexe du PID – 016 et seront à l'endos du formulaire d'ordonnance pré-imprimée (à venir). Ces symptômes sont les suivants :

Principaux symptômes justifiant le recours à la sédation palliative en fin de vie (tiré du guide d'exercice du CMQ 05/2015)

- 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
- État réfractaire

GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE

SEDATION PALLIATIVE CONTINUE - SURVEILLANCE DE L'USAGER

- 4- L'évaluation du niveau de sédation se fait à l'aide de la légende 1 Échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS). Notez dans chaque case le niveau de sédation qui vous semble juste selon vos observations. Le niveau de sédation recherché est habituellement - **3 ou - 4**. Vérifiez avec le médecin le niveau de sédation souhaité.
- 5- Si indiquée, la mesure de la dyspnée et de la détresse respiratoire, se fait à l'aide de la légende 2 *Échelle de mesure de la dyspnée ou de la détresse respiratoire*. La légende 2 consiste à calculer un score selon l'évaluation des critères de l'échelle. Pour connaître les critères pertinents à surveiller selon la situation de l'utilisateur, référez-vous au Tableau de la fréquence minimale requise qui se trouve au verso du formulaire ou au PID-016 *Évaluation et surveillance de l'utilisateur sous sédation palliative continue (SPC)*
- 6- Finalement, au verso se trouve l'évaluation de la douleur. Même sous sédation palliative continue, un usager peut ressentir de la douleur. Par ailleurs, l'utilisateur ne pouvant exprimer l'intensité de sa douleur, une échelle spécifique est recommandée par le guide d'exercice. Cette évaluation doit être faite à chaque heure.
- 7- Toutes données cliniques supplémentaires jugées pertinentes par l'infirmière doivent être rédigées à la section «*Notes d'évolution*». Lorsqu'une note d'évolution est rédigée par le personnel en soins infirmiers, un astérisque (*) doit être apposé dans la case appropriée;
- 8- Une case laissée libre signifie que le libellé n'est pas applicable à l'utilisateur.
- 9- Dans la section signature, inscrire votre nom en lettres moulées à côté de vos initiales.
- 10- Le formulaire *SEDATION PALLIATIVE CONTINUE - SURVEILLANCE DE L'USAGER* doit être consigné au dossier. Il sera classé sous l'onglet *Observations de l'infirmière*