



DT9235

## CONTINUOUS PALLIATIVE SEDATION CONSENT FORM

Last name		
First name		
Year      Month      Day		
Date of birth		
Health Insurance number		Year      Month
		Expiry
Address		
Postal code	Area code	
Telephone no.		

I hereby consent to continuous palliative sedation.

I understand that in doing so, I consent to the administration of medications or substances that will render me unconscious without interruption until death ensues for the purpose of relieving my suffering.

I have obtained satisfactory answers to my questions and have had all the time necessary to make my decision.

I understand that I may verbally withdraw my consent at any time prior to the administration of continuous palliative sedation.

Signature: \_\_\_\_\_

Date       Year       Month       Day

**Authorized third person<sup>1</sup>:** If the patient giving consent to continuous palliative sedation cannot date and sign the form because he or she cannot write or is physically incapable of doing so, a third person may do so in the patient's presence.

First and last name of the authorized third person: \_\_\_\_\_

Domiciled at (address): \_\_\_\_\_

Relation to the patient giving consent to continuous palliative sedation: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date       Year       Month       Day

Where applicable, the person legally authorized to give substitute consent in accordance with the wishes expressed by the patient, in the event the patient becomes incapable of consenting to care.

First and last name of the person authorized to give substitute consent: \_\_\_\_\_

Relation to the patient: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date       Year       Month       Day

### Declaration of the physician present at the signing of the consent form

I hereby certify that all the necessary information required for informed consent has been provided to the persons concerned, and that to my knowledge, no external pressure was applied.

Physician's first and last name	License No.	Signature
---------------------------------	-------------	-----------

<sup>1</sup> In accordance with section 25 of the Act respecting end-of-life care, the authorized third person may not be a member of the team responsible for caring for the patient, a minor or a person of full age incapable of giving consent.



## FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LA SÉDATION CONTINUE

### 1. Coordonnées de l'établissement ou du médecin responsable

Site de soins (cocher) :

- Domicile       Hôpital Mont Sinaï  
 CHSLD       Hôpital général juif

Nom de l'institution \_\_\_\_\_

Nom du médecin responsable \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_

### 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 intractable 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si le médecin exerce sa profession dans un centre exploité par un établissement.

À l'attention du CMDP du CIUSSS, local A-142  
Hopital Général Juif  
3755 ch. de la Côte-Sainte-Catherine  
Montréal, QC H3T 1E2

**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<sup>1</sup>

- au Collège des médecins du Québec<sup>2</sup>

Nom et signature du médecin responsable

Date

<sup>2</sup> Si le médecin exerce en cabinet privé de professionnel.

À l'attention des Soins de fin de vie  
Collège des médecins du Québec  
2170, boulevard René-Lévesque Ouest,  
Montréal (Québec) H3H 2T8