# Recueil de directives uniformisées pour l’arrêt des TMFV

**Préparation de l’arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales (TMFV)**

[x]  Aviser l’organisme de don d’organes (ODO) de l’arrêt prévu des TMFV.

[x]  Obtenir une pièce privée pour le patient et la famille, si possible.

[x]  Assouplir les règles de visite.

[x]  Consulter un conseiller spirituel ou un travailleur social (si le patient ou son mandataire le désire).

[x]  Cesser l’alimentation entérale, l’administration de liquides par voie intraveineuse, les analyses sanguines, la dialyse, les radiographies, les médicaments (sauf les médicaments vasoactifs et ceux servant à maîtriser la douleur et les symptômes).

[x]  Cesser la surveillance régulière des signes vitaux.

[x]  Interrompre le blocage neuromusculaire. (Si des agents de blocage neuromusculaire ont été administrés dans les 4 h précédentes, évaluer la réponse au train de quatre stimulations. Si la réponse au train de quatre < 4/4, envisager la possibilité de retarder l’arrêt des TMFV ou d’utiliser un protocole adapté de sevrage ventilatoire.)

[x]  Confirmer que les ordonnances de non-réanimation ont été consignées.

**Prise en charge pharmacologique de la détresse**

**Douleur et dyspnée**

[ ]  **MOR**phine : 100 mg dans 100 ml de solution saline à 0,9 % à raison de \_\_\_\_\_\_ mg/h

 [ ]  En présence de douleur ou de dyspnée, administrer une quantité supplémentaire de morphine en bolus IV de \_\_\_\_\_\_ mg q. 15 minutes p.r.n.

(Suggestion : 2 mg si le patient est naïf aux opioïdes ou 2 x le débit de perfusion horaire s’il reçoit déjà une infusion de morphine.)

 [ ]  Si le patient reçoit plus de 2 bolus en une heure, ALORS amorcer une infusion à raison de 2 mg/h ou doubler le débit de perfusion actuel. Faire passer la dose en bolus à 2 x le débit de perfusion horaire.

 [ ]  Si la douleur ou la dyspnée persiste, aviser le médecin.

[ ]  Fenta**NYL**: 1 000 mcg dans 100 ml de solution saline à 0,9 % à raison de \_\_\_\_\_\_ mcg/h

 [ ]  En présence de douleur ou de dyspnée, administrer une quantité supplémentaire de fentanyl en bolus IV de \_\_\_\_\_\_ mcg q. 5 minutes p.r.n.

(Suggestion : 25 mcg si le patient est naïf aux opioïdes ou 1 x le débit de perfusion horaire s’il reçoit déjà une infusion de fentanyl.)

[ ]  Si le patient reçoit plus de 2 bolus en une heure, ALORS amorcer une infusion à raison de 50 mcg/h ou doubler le débit de perfusion actuel. Faire passer la dose en bolus à 1 x le débit de perfusion horaire.

[ ]  Si la douleur ou la dyspnée persiste, aviser le médecin.

[x]  Lors de l’administration d’un bolus ou de la modification du débit de perfusion, consigner les renseignements suivants dans *l’Outil de documentation pour l’arrêt des TMFV*: fréquence cardiaque, fréquence respiratoire et signes ou symptômes de douleur ou de dyspnée.

**Anxiété et agitation**

[x]  Optimiser l’analgésie avant de modifier la sédation

[ ]  Midazolam : 100 mg dans 100 ml de solution saline à 0,9 % à raison de \_\_\_\_\_\_ mg/h

(Utiliser la dose actuelle si le patient reçoit déjà du midazolam, mais le patient n’a peut-être pas besoin de sédation.)

[ ]  En présence de signes d’anxiété ou de détresse, administrer en bolus IV une quantité supplémentaire de midazolam égale à la dose horaire (suggestion : 2 mg pour les patients ne recevant pas d’infusion) q. 5 minutes p.r.n.

[ ]  Si le patient reçoit plus de 2 bolus en une heure, ALORS amorcer une infusion à raison de 2 mg/h ou doubler le débit de perfusion actuel.

[ ]  Si l’anxiété ou l’agitation persiste, aviser le médecin.

[ ]  Propofol : solution prémélangée de 10 mg/ml, infusion à raison de \_\_\_\_\_\_ mg/kg/h

(Utiliser la dose actuelle si le patient reçoit déjà du propofol, mais le patient n’a peut-être pas besoin de sédation.)

[ ]  En présence de signes d’anxiété ou de détresse, administrer une quantité supplémentaire de propofol en bolus IV (suggestion : 10-20 mg pour les patients ne recevant pas d’infusion) q. 5 minutes p.r.n.

[ ]  Si le patient reçoit plus de 2 bolus en une heure, ALORS amorcer une infusion à raison de 0,5 mg/kg/h ou doubler le débit de perfusion actuel.

[ ]  Si l’anxiété ou l’agitation persiste, aviser le médecin.

[x]  Remplir l’*Échelle de vigilance-agitation de Richmond* (RASS) et vérifier la présence de signes ou de symptômes d’anxiété avant et après l’administration de chaque bolus ou le rajustement du débit.

**Autres médicaments**

[ ]  Métoclopramide : 10 mg IV q. 6 h p.r.n. contre les nausées

[ ]  Glycopyrrolate : 0,4 mg IV q. 4 h p.r.n. pour éliminer les sécrétions orales

**Retrait du soutien physiologique**

**Lorsque la famille est prête pour l’arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales :**

[x]  Désactiver le défibrillateur et cesser la stimulation du rythme cardiaque par voie transveineuse ou transcutanée

[x]  Désactiver le soutien hémodynamique mécanique, le ballon aortique, le dispositif d’assistance ventriculaire, l’oxygénation extracorporelle

[x]  Cesser tous les médicaments vasoactifs

**Lorsque le patient ne répond pas aux stimuli verbaux (RASS de -4 ou -5) et que les signes de détresse respiratoire (utilisation des muscles respiratoires accessoires, tachypnée, battement des ailes du nez) sont maîtrisés :**

[x]  Cesser l’assistance respiratoire

***Patients avec ventilation mécanique :***

[ ]  L’inhalothérapeute arrête la ventilation mécanique. Choisir une des options suivantes :

[ ]  Ramener rapidement la valeur de FiO2 du ventilateur à 0,21 L, la PEEP à 5 cm de H20, l’aide inspiratoire à 5 cm de H20. Si le patient réagit bien aux réglages minimaux pendant 5 minutes, procéder à l’extubation et le laisser à l’air ambiant.

[ ]  Extuber le patient et le laisser à l’air ambiant.

[ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Patients avec ventilation non invasive ou sous oxygénothérapie :***

[ ]  L’inhalothérapeute arrête la ventilation non invasive ou l’oxygénothérapie et le patient est laissé à l’air ambiant.