# Recueil de directives uniformisées pour l’arrêt des TMFV

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

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

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

Assouplir les règles de visite.

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

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).

Cesser la surveillance régulière des signes vitaux.

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.)

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.

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**

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.

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 :**

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

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

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 :**

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.