

Nom et Prénom du patient :

Cachet du médecin traitant :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Protocole de détresse :

- Contacter le médecin traitant avant injection : OUI / NON
- Consentement éclairé du patient
- Consentement éclairé des proches

En cas de symptômes incontrôlables :

Veuillez cocher les indications :

- si douleur incontrôlable ;
- si nausées et/ou vomissements incoercibles ;
- si agitation ou confusion extrême ;
- si hémorragie cataclysmique ;
- si dyspnée asphyxiante ;
- toute autre situation cataclysmique insupportable.

1 ^{ère} seringue	Midazolam 15mg/3ml SC ou IV	Selon le dosage quotidien de benzodiazépines : si BZD à la demande et poids <70 kg : 5 mg si BZD > 1x/jour et poids > 70kg : 10 mg si BZD haute dose ou tolérance BZD : 15 mg
2 ^e seringue	Scopolamine 0.5mg/ml ET Morphine 10mg/ml SC ou IV	1 ampoule = 0.5 mg ET Selon le dosage quotidien de morphiniques : si 0-10 mg morphine SC/4h : 10 mg si 11-30 mg morphine SC/4h : 15 mg si >30 mg morphine SC/4h : 50% de la D aux 4h