

End Of Life Care at the M.U.H.C. How are we doing?

Dr. Thomas Maniatis
Internal Medicine

Dr. Manuel Borod
Supportive and Palliative Care

May 7, 2019

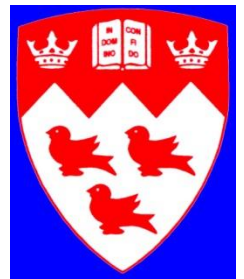


FACULTY DISCLOSURE

Dr. Manuel Borod

Dr. Thomas Maniatis

have no affiliations with the manufacturer of any commercial product or provider of any commercial service discussed in this CME activity.



Commission
sur les soins de
fin de vie

RAPPORT SUR
LA SITUATION DES
SOINS DE FIN DE VIE
AU QUÉBEC

Du 10 décembre 2015 au 31 mars 2018

- Palliative Care
- Advanced Medical Directives
- Continuous Deep Sedation
- Education and Research
- Medical Aid in Dying (AMM)

Pages

- Palliative Care 8
- Advanced Medical Directives 3
- Continuous Deep Sedation 10
- Education and Research 6
- Medical Aid in Dying (AMM) 37

Tableau 4.1

Nombre déclaré de personnes en SPFV selon l'établissement

Région	Établissement	Nombre de personnes
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	5 675
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	6 087
03	CHU de Québec – Université Laval	4 723
03	CIUSSS de la Capitale Nationale	10 400
03	IUCPQ – Université Laval	1 534
03	Maison Michel-Sarrazin	509
04	CIUSSS de la Mauricie et Centre-du-Québec	10 222
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	9 064
06	CHUM	1 113
06	CUSM	910
06	CHU Sainte-Justine	122
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	9 800
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	3 348
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	2 868
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	4 637
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	4 945
06	Institut de cardiologie de Montréal	499
07	CISSS de l'Outaouais	6 584
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	3 083
09	CISSS de la Côte-Nord	1 887
10	CRSSS de la Baie-James	254
11	CISSS de la Gaspésie	1 725
11	CISSS des Îles	216
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	6 288
13	CISSS de Laval	4 644
14	CISSS de Lanaudière	6 409
15	CISSS des Laurentides	7 404
16	CISSS de la Montérégie-Centre	9 555
16	CISSS de la Montérégie-Est	10 619
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	7 358
17	Centre de santé Inuulitsivik	45
17	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	23
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	72
Total		142 622

06 = 28,242
20%

Lack of indicators for access and quality
Shortage of professionals



Advance medical directives

Act Respecting
End-Of-Life Care

ENSEMBLE 
on fait avancer le Québec


Québec 



Tableau 8.1

Nombre d'utilisateurs et de consultations du registre des DMA

Région	Établissement	Nombre d'utilisateurs	Nombre de consultations
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	201	83
02	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	297	402
03	CHU de Québec – Université Laval	170	44
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	25	6
03	IUCPQ – Université Laval	57	25
04	CIUSSS de la Mauricie et Centre-du-Québec	111	250
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	295	2 361
06	CHUM	2	7
06	CIUSM	8	38
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	203	347
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	209	72
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	16	1
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	26	23
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	88	297
06	Institut de cardiologie de Montréal	7	10
07	CISSS de l'Outaouais	0	0
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	27	1
09	CISSS de la Côte-Nord	52	35
10	CRSSS de la Baie-James	19	5
11	CISSS de la Gaspésie	12	9
11	CISSS des Îles	nd	-
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	134	353
13	CISSS de Laval	26	73
14	CISSS de Lanaudière	124	212
15	CISSS des Laurentides	2	12
16	CISSS de la Montérégie-Centre	39	26
16	CISSS de la Montérégie-Est	74	331
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	8	11
17	Centre de santé Inuulitsivik	nd	-
17	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	nd	-
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	nd	-
--	Autres (incluant CHSLD et maisons de soins palliatifs)	73	2 538
Total		2 305	7 572

Need to better sensitize population



Memorandum

2019-05-06

TO : All Physicians of MUHC

FROM : Dr. Ewa Sidorowicz, Director of Professional Services

CC: Monica Ouellet, Coordinator Medical Records department
Katia Brals, Medical Archivist, AMD registry access manager
(ext.22316)

SUBJECT: Access to Advance Medical Directive (AMD) Register –
Incapacity to Consent to Care

The Act Respecting End-of-Life Care provides for a new way to express wishes in case of incapacity to consent to care. It should be noted that, in accordance with articles 51 to 62 of the Act, the wishes expressed by the (AMD) are legally binding and the health professionals who have access to those wishes have an obligation to respect them.

Treatments covered by AMD

- Cardiopulmonary resuscitation
- Ventilator-assisted respiration
- Dialysis
- Force-feeding and hydration
- Artificial feeding and hydration

Procedure for an individual to express their wishes

- Obtain an AMD form from the RAMQ, fill it out him/herself and have it signed by 2 witnesses
- The person may choose to have the AMD deposited in the RAMQ's register, in his/her medical file, kept by the person or entrusted to a reliable person.

Should the person be unable to consent to care, consultation with the AMD Registry is a requirement of the Act.

To obtain access to the AMD registry

Person who can obtain access [†] :	Requests must be addressed to :
Physicians Holder of an Internship card or an authorization from CMQ Person who provides technical support to a physician.	dma.cusm@muhc.mcgill.ca
Nurses	Immediate superior who will send a request to the access manager by email at dma.cusm@muhc.mcgill.ca

[†] Person working within the MUHC only.



PALLIATIVE SEDATION AT THE END OF LIFE

08/2016
PRACTICE
GUIDELINES

Société québécoise
des médecins
de soins palliatifs



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

- The presence of severe distress refractory to standard palliative treatment
- The use of sedative medication with the primary aim of relieving distress by reducing consciousness.
- For the relief of **profound anguish** (possibly spiritual) that is not amenable to spiritual, psychological, or other interventions, and the *patient is perceived to be close to death.*

PST : Palliative Sedation Therapy

- Level of sedation
 - Mild
 - Intermediate
 - Deep
- Duration
 - Intermittent
 - Continuous
- Pharmacology
 - Primary
 - Secondary
- Emergency sedation
 - Overwhelming symptoms
 - Catastrophic events
- Respite sedation
- Proportional Sedation

Continuous Palliative Sedation

A form of care offered as part of palliative care and consists of the administration of medication to a person at the end of life, at the request of that person or a significant other, with the objective of easing the person's suffering by rendering her unconscious, in a continuous manner, **until death**. (section 3)



PST : Palliative Sedation Therapy

- Level of sedation
 - Mild
 - Intermediate
 - Deep
- Duration
 - Intermittent
 - Continuous
- Pharmacology
 - Primary
 - Secondary
- Emergency sedation
 - Overwhelming symptoms
 - Catastrophic events
- Respite sedation
- Proportional Sedation



DT9235

**CONTINUOUS PALLIATIVE SEDATION
CONSENT FORM**

Last name			
First name			
Date of birth		Year	Month Day
Health insurance number	Expiry		Year Month
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 person¹: 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	Licence No.	Signature
_____	_____	_____

¹ 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.

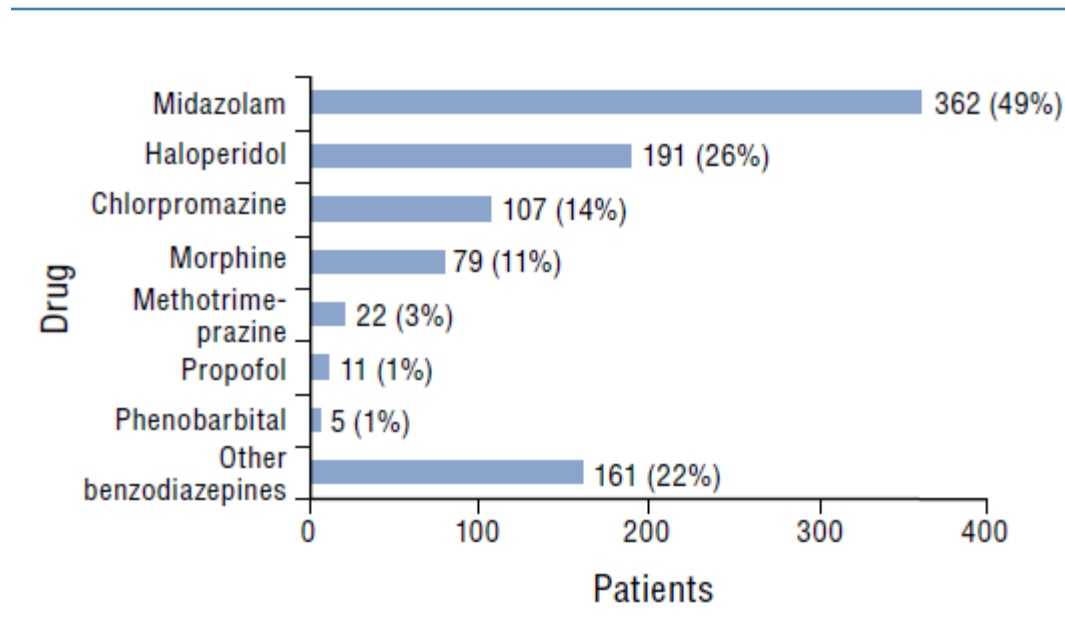
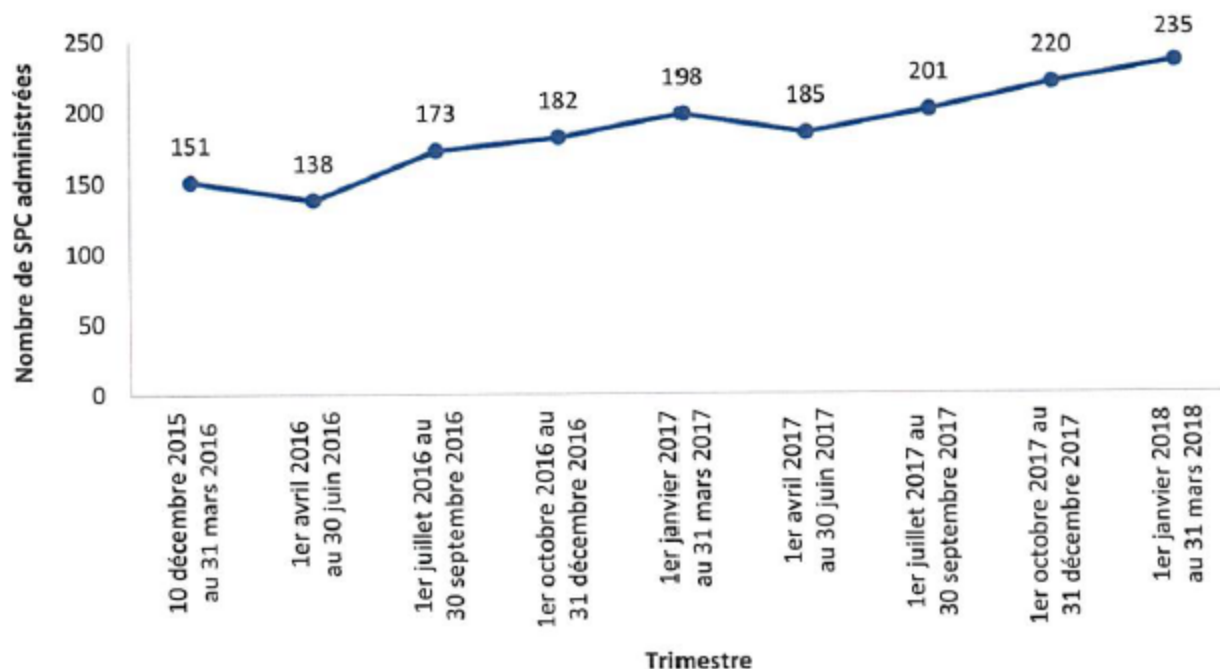


Fig 2. — Sedative drugs administered to 745 patients from 9 studies. From Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1378-1383. Reprinted with permission. © 2012. American Society of Clinical Oncology. All rights reserved.

5.1 Nombre de sédations palliatives continues administrées

Selon les données transmises par les établissements et le CMQ, un total de 1 704 SPC ont été administrées au Québec entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2018^{28,29}. Le nombre de personnes qui ont reçu une SPC est en croissance depuis l'entrée en vigueur de la Loi (figure 5.1). Les données montrent une augmentation de 25 % du nombre de SPC administrées en 2017 par rapport à l'année 2016³⁰.

Figure 5.1
Nombre de SPC administrées selon le trimestre



Note : Le total des SPC administrées indiqué dans cette figure n'inclut pas les SPC déclarées du CHUM ni cinq cas pour lesquels les dates relatives à l'administration n'étaient pas disponibles (n = 1 683).

Tableau C1

Nombre de personnes qui ont reçu une SPC selon les régions sociosanitaires

Région sociosanitaire	Nombre de SPC	% par rapport au nombre de décès ^a
01 - Bas-Saint-Laurent	41	0,87
02 - Saguenay–Lac-Saint-Jean	35	0,63
03 - Capitale-Nationale	409	2,89
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	90	0,78
05 - Estrie	208	2,29
06 - Montréal^b	219	0,63
07 - Outaouais	85	1,38
08 - Abitibi-Témiscamingue	58	1,91
09 - Côte-Nord	10	0,59
10 - Nord-du-Québec	1	0,47
11 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	19	0,82
12 - Chaudière-Appalaches	116	1,48
13 - Laval	47	0,66
14 - Lanaudière	52	0,62
15 - Laurentides	118	1,16
16 - Montérégie	196	0,83
17 - Nunavik	0	-
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	-
Total	1 704	1,13

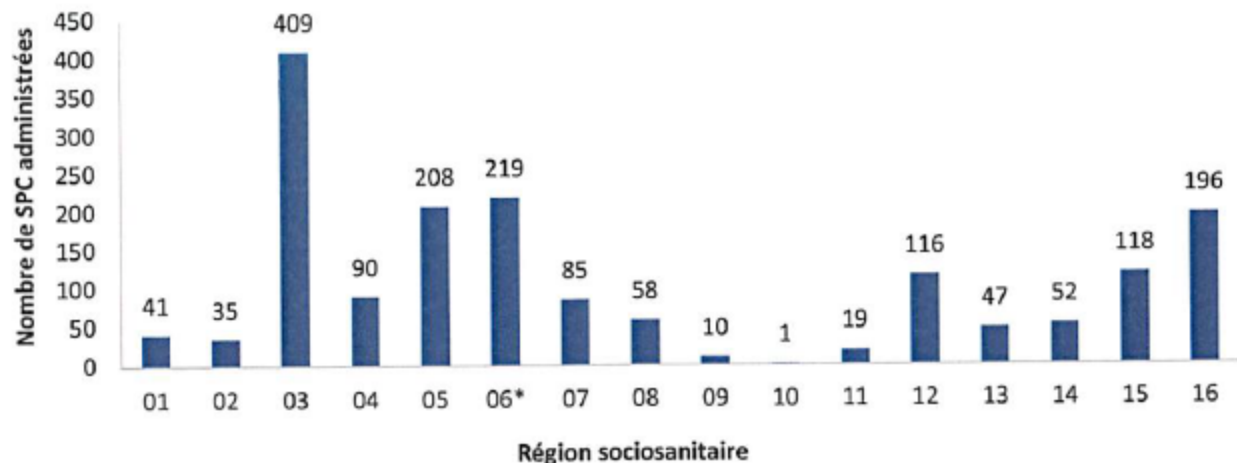
13%

^a Données provisoires transmises à la Commission par le MSSS à partir des données de l'ISQ sur le nombre de décès par région sociosanitaire.

^b Inclut les données du CHUM telles que déclarées dans ses rapports sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie, transmis à la Commission et disponibles sur son site Web. Cet établissement n'a pas transmis à la Commission les données demandées relativement aux SPC administrées depuis l'entrée en vigueur de la Loi.

Figure 5.2

Nombre de SPC administrées selon la région sociosanitaire



* Ce total inclut les données du CHUM déclarées dans ses rapports sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie transmis à la Commission. Cet établissement n'a pas transmis à la Commission les données demandées relatives aux SPC administrées depuis l'entrée en vigueur de la Loi.

Note : Aucune SPC n'a été administrée dans les régions 17 et 18.

06	CHUM ^a	16
06	CUSM	19
06	CHU Sainte-Justine	1
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	93
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	18
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	33
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	7
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	30
06	Institut de cardiologie de Montréal	1

Tableau 5.2

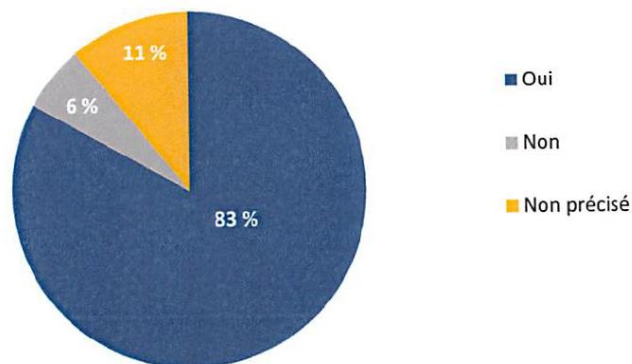
Proportion des symptômes qui ont justifié l'administration d'une SPC

Principaux symptômes	%
Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort	54
Douleur intraitable et intolérable	28
Dyspnée progressive et incontrôlable	25
Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice incontrôlable	20
Détresses respiratoires majeures et récidivantes	16

Note : Deux symptômes ou plus étaient présents chez plus de la moitié (55 %) des personnes qui ont reçu une SPC.

Figure 5.10

Proportion de personnes qui ont reçu une SPC et ont bénéficié de soins palliatifs



Conclusion

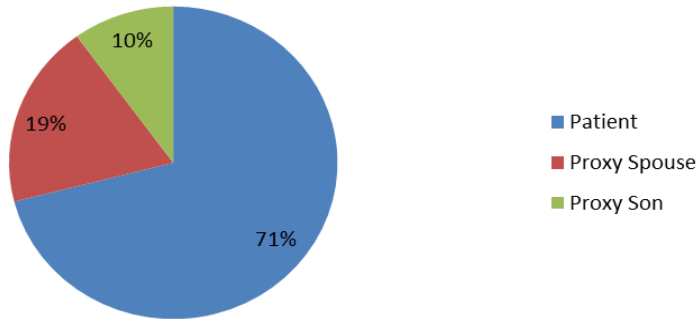
Significant variation in reporting. Standardization?
Declaring CDP complicates administration

Quality Review

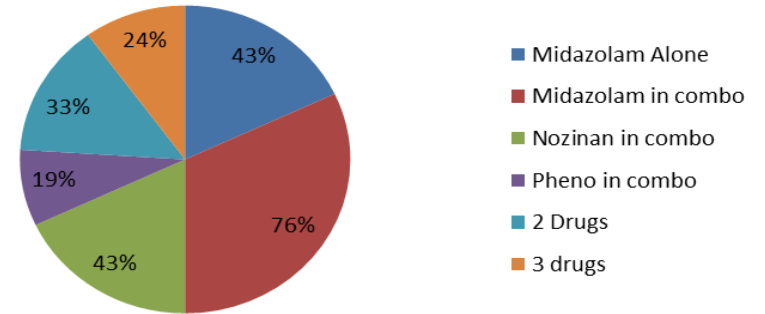
Deep Continuous Sedation – MUHC

Dec 2018 – 21 Patients

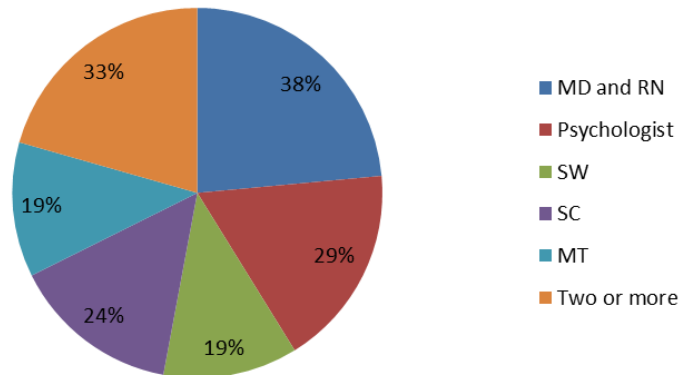
Consent



Medications Used



Multidisciplinary Team



Summary and Recommendations

In general, the cases of deep continuous sedation that were reviewed were well documented, and were in keeping with the CMQ guidelines. The consent was signed and well documented in all cases.

The medications used were consistent with those recommended in the CMQ guidelines as well as the MUHC protocol for palliative sedation.

The multidisciplinary team was involved in 62 % of cases. In general, all cases are discussed in multidisciplinary rounds and there are cases where the patients declined involvement of the multidisciplinary team. This could be an area for further study and improvement.



Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction générale adjointe des services de santé et médecine universitaire

Développement des compétences en soins palliatifs et de fin de vie

Monsieur Jean-François Champoux et mesdames Régina Lavoie et Marie-Andrée Ulysse

10 juin 2015

Québec 

Volet 2		MD	Pharm	Inf	inf Aux	PAB	Nutrition	Physio	Ergo	Inhalo	TS	Psych	Interv spirituel	Orthoph	Benevole
Nombre d'intervents visés par la formation en milieux de soins															
CHLSD	L02	4	2	25	24	64	1	1	2	24	1	0	1		
CUSM adult							8	17	10	48	15	3	5		
CUSM ped			6							25	11	2	4		
CUSM total	L04	77	17	489	30	86	8	17	10	73	26	5	9	4	
total with CHLSD		81	19	514	54	150	9	18	12	72	27	5	10	4	36
Nombre d'intervenats ayant Suivi en Entier la Formation Generale de Milieu de Soins															
CHLSD	L11	2	0	19	23	55	1	1	2	11	1	0	1		
CH adult	L12	25	13	270	11	37	6	11	16	35	13	3	6	3	
Lachine		1		14	19	19	1	3	0	1	0	0	0	0	
CH ped				24				1			2	2	1		
CUSM		26	13	308	30	56	7	15	16	36	15	5	7	4	
total with CHLSD		28	13	327	53	111	8	16	18	47	16	5	8	4	36
Resultat de l'Atteinte de la Cible 2020 en Milieux de soins		MD	Pharm	Inf	inf Aux	PAB	Nutrition	Physio	Ergo	Inhalo	TS	Psych	Interv spirituel	Orthoph oniste	
CHLSD		50.00%	0.00%	76.00%	95.83%	85.94%	100.00%	100%	100%	46%	100%	0.00%	100.00%		
CUSM		33.77%	76.47%	62.99%	100.00%	65.12%	87.50%	88.24%	160.00%	49.32%	57.69%	100.00%	77.78%	100%	100%
Total with CHLSD		35%	68%	64%	98%	74%	89%	88.89%	150.00%	65.28%	59.26%	100.00%	80.00%	100%	100%
Note de l'établissement	<p>Les critères de sélection pour les unités ciblées par la formation de la Loi 2- volet 2 sont les suivants: plus de 20 décès par année et plus de 30 consultations en soins palliatifs par année. Les unités incluses sont: médecine interne, soins intensifs, soins respiratoires, soins neurologiques, soins oncologiques, soins gynéco-oncologique et soins de transplantation. Basée sur la théorie de la diffusion des innovations (Rogers, 2003), le CUSM ciblera 50% des employés actifs des unités ciblées. Veuillez noter que les unités exclues sont: la salle d'opération, maternité, trauma et l'urgence.</p>														

MEDICAL AID IN DYING



11/2015
PRACTICE
GUIDELINES



6.1 Nombre d'aides médicales à mourir administrées

Selon les renseignements recueillis par la Commission, 1 632 personnes ont reçu l'AMM au Québec entre le 10 décembre 2015 et le 31 mars 2018³³. Comme le montre la figure 6.1, le nombre de personnes qui ont reçu l'AMM est en croissance depuis l'entrée en vigueur de la Loi. En 2017, le nombre d'AMM administrées a augmenté de 73 % par rapport à 2016.

Figure 6.1
Nombre d'AMM administrées selon le trimestre

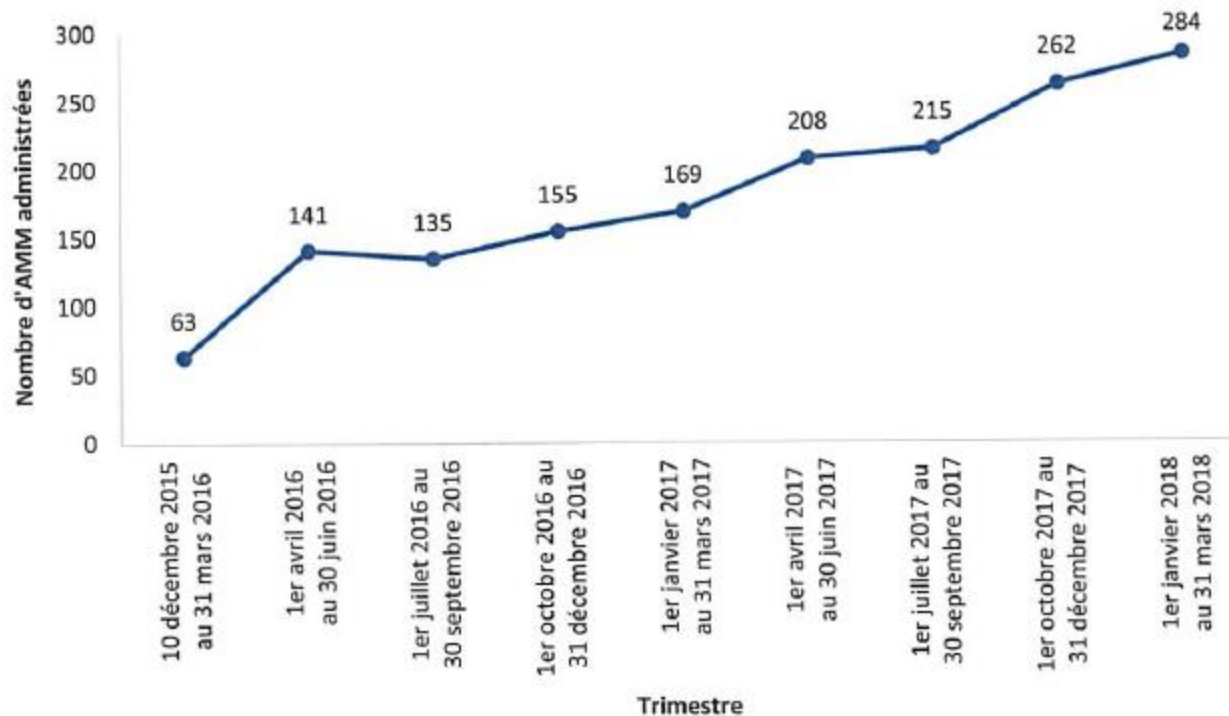


Tableau 6.1

Nombre d'AMM administrées selon l'établissement

Région	Établissement	Nombre d'AMM
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	60
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	34
03	CHU de Québec – Université Laval	162
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	78
03	IUCPQ – Université Laval	38
04	CIUSSS de la Mauricie et Centre-du-Québec	69
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	107
06	CHUM	56
06	CUSM	31
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	104
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	14
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	20
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	29
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	22
06	Institut de cardiologie de Montréal	1
07	CISSS de l'Outaouais	45
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	19
09	CISSS de la Côte-Nord	13
10	CRSSS de la Baie-James	0
11	CISSS de la Gaspésie	8
11	CISSS des Îles	0
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	108
13	CISSS de Laval	67
14	CISSS de Lanaudière	102
15	CISSS des Laurentides	87
16	CISSS de la Montérégie-Centre	115
16	CISSS de la Montérégie-Est	173
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	47
17	Centre de santé Inuulitsivik	0
17	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	0
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	0
--	Cabinet privé de professionnel ou établissement privé*	23
Total		1 632

06 = 277
17%

* Selon les données du CMQ et les formulaires transmis à la Commission.

MAiD at the MUHC

- Glen PCU 8
- MNH 5
- Lachine 3
- D10 3
- Glen Surgery 3
- MGH 12 2
- D8 2
- D10 Hem 1
- MGH IM 2
- C 9 1
- C 7 CCU 1

Tableau 7.1

Nombre d'AMM non administrées et administrées selon l'établissement

Région	Établissement	Nombre d'AMM				% d'AMM non administrées p/r au nombre total d'AMM administrées et non administrées ^c
		Non administrées		Administrées		
		n	% ^a	n	% ^b	
01	CISSS du Bas-Saint-Laurent	23	3	60	4	28
02	CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	25	3	34	2	42
03	CHU de Québec – Université Laval	69	8	162	10	30
03	CIUSSS de la Capitale-Nationale	27	3	78	5	26
03	IUCPQ – Université Laval	43	5	38	2	53
04	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	38	5	69	4	36
05	CIUSSS de l'Estrie – CHUS	32	4	107	7	23
06	CHUM	51	6	56	3	48
06	CIUSM	21	3	31	2	40
06	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	54	7	104	6	34
06	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	27	3	14	1	66
06	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	26	3	20	1	57
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	8	1	29	2	22
06	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	22	3	22	1	50
06	Institut de cardiologie de Montréal	3	<1	1	<1	75
07	CISSS de l'Outaouais	17	2	45	3	27
08	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	0	0	19	1	0
09	CISSS de la Côte-Nord	4	<1	13	1	24
10	CRSSS de la Baie-James	0	0	0	0	0
11	CISSS de la Gaspésie	5	1	8	<1	38
11	CISSS des Îles	0	0	0	0	0
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	22	3	108	7	17
13	CISSS de Laval	70	8	67	4	51
14	CISSS de Lanaudière	110	13	102	6	52
15	CISSS des Laurentides	20	2	87	5	19
16	CISSS de la Montérégie-Centre	34	4	115	7	23
16	CISSS de la Montérégie-Est	67	8	173	11	28
16	CISSS de la Montérégie-Ouest	12	1	47	3	20
17	Centre de santé Inuulitsivik	0	0	0	0	0
17	Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	0	0	0	0	0
18	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	0	0	0	0	0
--	Cliniques ou établissements privés ^d	nd	nd	23	1	nd
Total		830	100	1 632	100	34

06 = 212
25%

Figure 6.11

Proportion de personnes qui ont reçu l'AMM et qui bénéficiaient de SPFV

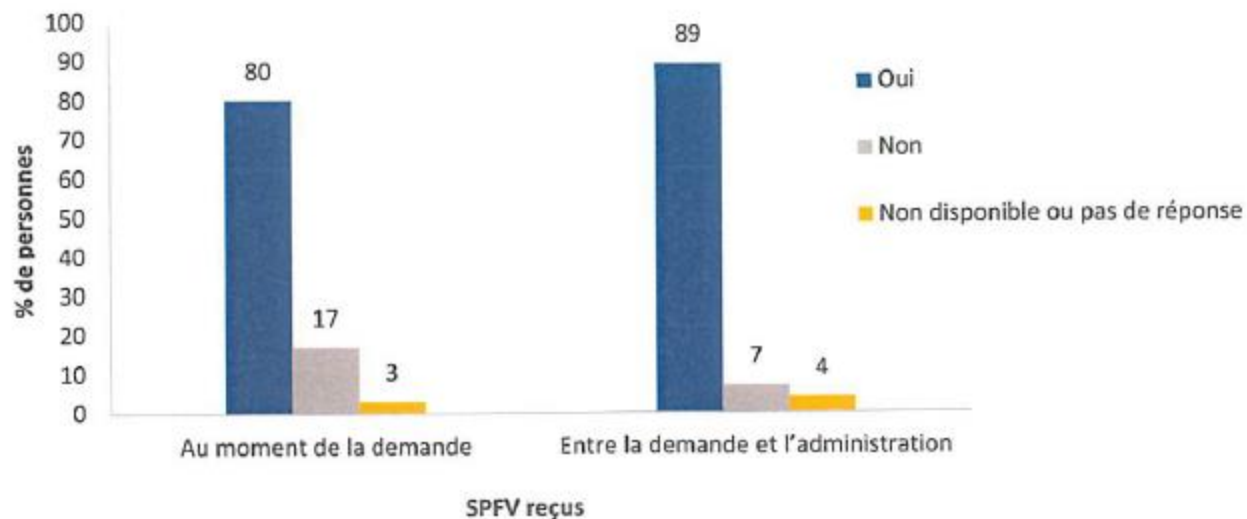
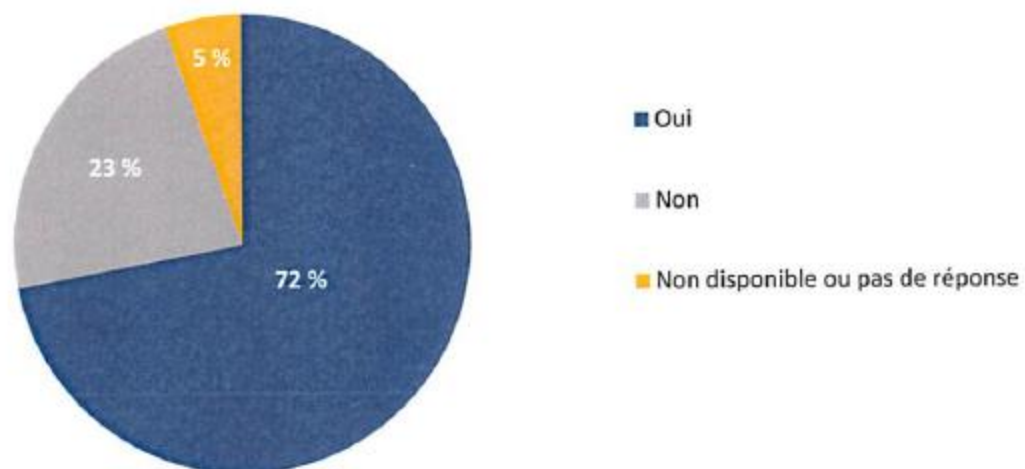


Figure 7.4

Proportion des demandes d'AMM qui n'ont pas été administrées pour lesquelles la personne bénéficiait de SPFV au moment de la demande



Conclusions

- AMM
 - 10x more than expected
 - Concern re establishments where the proportion of AMM administered is less than the average or the where the proportion of AMM not administered is higher than the average

MAID from an “on the ground” perspective

- Practicalities of the process here at the MUHC
- Illustrative case discussions based on my experience with 10 patients

Practicalities: request

- Unprompted, unpressured, no coercion
 - aware of prognosis and of therapeutic options and consequences
- Patients often ask for information first before making formal request
- Two independent witnesses to formal request
- Two independent medical assessments by physicians
- 10 day waiting period (preferred) between written request and administration
- Enduring suffering and persistent consent

Practicalities: request

- Request from patient for information about MAiD
 - Physician gives information to patient about procedures, options
 - Treat as request for info about any medical intervention
 - risks, benefits, alternatives, no treatment
 - don't dismiss offhand
 - No formal process (no forms, etc.) for this part
 - Recognize your role and don't minimize importance
 - challenging for everyone involved

Practicalities: request

- Formal request by patient to receive MAiD
 - Verify eligibility (major, apt, unpressured, RAMQ coverage, terminal illness, suffering – physical or psychological)
 - Discuss other palliation options (home palliation, hospice, terminal sedation)
 - Have two independent witnesses to request
 - The first physician is generally the one who navigates the procedures and then administers MAiD
- Advise your institutional contact (in MUHC, advise DPS office)
 - call/email/fax request to DPS's office *



DT9232

DEMANDE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie		
Expiration		Mois
Adresse		
Code postal	N° de téléphone	Incl. rég.

Je demande au Docteur (nom du médecin) de m'administrer l'aide médicale à mourir. J'ai reçu l'information nécessaire sur les conditions requises pour l'obtenir et y avoir accès.

J'autorise le pharmacien qui fournira les médicaments pour m'administrer l'aide médicale à mourir à recevoir une copie de ma demande.

Signature (personne) : _____ Date

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Tiers autorisé¹, si la personne qui demande l'aide médicale à mourir ne peut pas dater et signer le formulaire parce qu'elle ne sait pas écrire ou qu'elle en est incapable physiquement, un tiers peut le faire en présence de cette personne, et selon ses directives.

Prénom et nom du tiers autorisé :

Domicilié(e) à (adresse) :

Lien avec la personne qui demande l'aide médicale à mourir :

Signature : _____ Date

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Professionnel de la santé ou des services sociaux présent lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire :

Prénom et nom	Titre	N° de permis d'exercice		
Signature du professionnel		Année	Mois	Jour
Témoins indépendants présents lorsque la personne qui demande l'aide médicale à mourir ou le tiers autorisé a daté et signé le formulaire² :		Date		
Témoin 1: Prénom et nom	Signature	Année	Mois	Jour
Témoin 2: Prénom et nom	Signature	Année	Mois	Jour

Practicalities: request

- Second medical opinion
 - Independent opinion
 - No personal or hierarchical relation between physician 1 and 2
 - Verifies that criteria are met
 - Role is generally limited to assessing the patient and determining if criteria as met
 - Does not need to be present during administration of MAiD
 - Must complete form indicating conclusion
- Persistence of request
- Involve multidisciplinary team
 - Discuss with social worker, nursing, psych, ethics, PT/OT, etc.
 - Discuss with pharmacy to prepare medications
 - Discuss with assistant head nurse



DT9234

AVIS DU SECOND MÉDECIN CONSULTÉ SUR LE RESPECT DES CONDITIONS POUR OBTENIR L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Nom		
Prénom		
Date de naissance		Année Mois Jour
N° d'assurance maladie	Expiration	Année Mois
Adresse		
Code postal	N° de téléphone	Incl. rég.

<p>1. Quel est votre statut, professionnel ou personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> par rapport au médecin qui vous a consulté pour confirmer le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie? (description des liens, le cas échéant); par rapport à la personne qui a demandé l'aide médicale à mourir? (description des liens, le cas échéant). 	
<p>2. Déclarez-vous vous être assuré de votre indépendance professionnelle tant à l'égard du médecin qui vous a consulté que de la personne qui demande l'aide médicale à mourir, dans le respect de l'article 63 du Code de déontologie des médecins du Québec¹?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>3. À quelle date avez-vous reçu la demande de consultation du médecin en lien avec la demande d'aide médicale à mourir?</p> <p style="text-align: right;"> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Année Mois Jour</small> </p>	
<p>4. À quelle(s) date(s) avez-vous pris connaissance du dossier médical de la personne qui demande l'aide médicale à mourir?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Année Mois Jour Année Mois Jour Année Mois Jour</small> </p>	
<p>5. À quelle(s) date(s) avez-vous examiné la personne qui demande l'aide médicale à mourir?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Année Mois Jour Année Mois Jour Année Mois Jour</small> </p>	
<p>6. Au besoin, description et remarques pertinentes.</p>	

7. Confirmez-vous le respect des conditions prévues à l'article 26 de la Loi concernant les soins de fin de vie? Oui Non, raison(s) in

- La personne n'est pas assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie
- La personne est mineure
- La personne n'est pas apte à consentir aux soins
- La personne n'est pas en fin de vie
- La personne n'est pas atteinte d'une maladie grave et incurable
- Sa situation ne se caractérise pas par un déclin avancé et irréversible de ses capacités
- Elle n'éprouve pas des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne sont pas apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables
- La personne n'a pas formulé pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir, de manière

Précisions si demande non admissible :

Considerations

- Determine with patient when they want it and who will be present
 - What to do if they don't want family/friends there?
 - What to do if they do want family/friends there but they don't want to be?
- Determine timing
 - Book a time...be practical but flexible
- Room setup is important
 - (do you want to be the focus of attention in the room?)
- Communicate clearly your steps, and ask for consent at each step until unconscious
 - Plan for what to say during different stages of the process
 - Initial communication is with patient, then with others in the room
 - Clearly state when death is declared (it is often not clear to others in room)
- Debrief (for team, for yourself)

Illustrative case 1

- 45F with stage IV lung cancer
- Met criteria for MAiD
- Planning for in-hospital administration
- Mother respected her daughter's wishes but didn't agree to be in the room
- It was very important to the patient for her mother to be there during her last moments
- Successful negotiation with mother

Illustrative case 2

- 85M with stage IV lung cancer
- Met criteria for MAiD
- Son very present throughout but seemed distant but respectful
- Allusions made to strained father-son relationship during conversations
- Room was set up and ready, patient had consented to start
- Son present

Illustrative case 2

- I was uncomfortable with starting as there was little talking between father and son
- Father had requested to have his favourite music playing
- After a few minutes of waiting, son and father started singing together
- MAiD was administered soon after

MAiD is not a “one person” process...

- While the physician has major role in patient interactions and in coordinating MAiD...
 - Organized system is necessary, but responsibilities for discussions, documentation, coordination and medication administration are wholly physician-based
- ...Other members of the team also engaged
 - Social worker
 - Psychiatry
 - Oncology
 - Ethics
- ...Nurse responsible for establishing good IV access (2)
 - Poor IV access is an absolute contraindication to MAiD
 - Ideally ≥ 20 G
 - Is not held to participate in administration if objection of conscience
- ...Pharmacist responsible for assembling “trousse”
 - Is not held to participate in administration if objection of conscience

Medications

- Anxiolysis
 - **Midazolam 2.5-10 mg IV over 2 minutes**
- Prevention of painful phlebitis
 - **Lidocaine 40 mg IV over 30 seconds** (without epinephrine)
 - (magnesium sulfate 1 g if allergic)
- Induction of coma
 - **Propofol 1000 mg (2 x 50 mL) IV over 5 minutes**
 - Alternative: phenobarbital 3 g IV over 5 minutes
- Paralysis
 - Citratarcurium 30 mg IV push
 - Alternative: atracurium 100 mg or **rocuronium 200 mg**
- Every medication followed by NaCl 0.9% 10 mL flush (except lidocaine)

Declarations / Paperwork

- Document everything in patient chart
- Ensure that all the required forms are completed
- Medical declaration of death (SP-3) and Civil declaration of death (DEC-101) to be completed
 - As cause of death, indicate the illness which justified MAiD
 - MAiD should not appear anywhere on the SP-3 form (prejudice, breach of confidentiality)
- Within 10 days of administering MAiD, physician must
 - Advise CMDP (if hospital) and/or CMQ (if private office)
 - Transmit all documents to Commission sur les soins de fin de vie (electronically)

Be prepared to be challenged...

- “Should I eat lunch before...what’s the point?”
- “I don’t want to wake up after so please do a good job!”
- “I need to go to the bathroom – can I go to the bathroom before?”
- “Does this change what happens to me after I die?”

MUHC-specific issues

- Few physicians offering MAiD
 - If you're interested in learning more, contact Sylvie Douyon
- Culture shift still in process

Recognize your own limits and needs

- It's ok to be sad and to express it
- Recognize emotionally charged nature of the experience
- Balance your expectations with those of the patient/family
- Recognize and accept different world views and traditions
 - Illustrative case: champagne and balloons

Useful resources

- <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/aide-medicale-a-mourir/>
- <http://www.cmq.org> (sign in to secure area and click on Aide Médical à Mourrir)