

Do Not Resuscitate Confirmation Form

To Direct the Practice of Paramedics and Firefighters after February 1, 2008

Confidential when completed

When this form is signed by a physician (M.D.), registered nurse (R.N.), registered nurse in the extended class (R.N. (EC)) or registered practical nurse (R.P.N.), a paramedic or firefighter **will not** initiate basic or advanced cardiopulmonary resuscitation (CPR) (see point #1) and **will** provide necessary comfort measures (see point #2) to the patient named below:

Patient's name – please print clearly	
Surname	Given Name

1. **“Do Not Resuscitate”** means that the paramedic (according to scope of practice) or firefighter (according to skill level) **will not** initiate basic or advanced cardiopulmonary resuscitation (CPR) such as:
 - Chest compression;
 - Defibrillation;
 - Artificial ventilation;
 - Insertion of an oropharyngeal or nasopharyngeal airway;
 - Endotracheal intubation;
 - Transcutaneous pacing;
 - Advanced resuscitation drugs such as, but not limited to, vasopressors, antiarrhythmic agents and opioid antagonists.
2. For the purposes of providing comfort (palliative) care, the paramedic (according to scope of practice) or firefighter (according to skill level) **will** provide interventions or therapies considered necessary to provide comfort or alleviate pain. These include but are not limited to the provision of oropharyngeal suctioning, oxygen, nitroglycerin, salbutamol, glucagon, epinephrine for anaphylaxis, morphine (or other opioid analgesic), ASA or benzodiazepines.

The signature below confirms with respect to the above-named patient, that the following condition (check one) has been met and documented in the patient's health record.

- A current plan of treatment exists that reflects the patient's expressed wish when capable, or consent of the substitute decision-maker when the patient is incapable, that CPR not be included in the patient's plan of treatment.
- The physician's current opinion is that CPR will almost certainly not benefit the patient and is not part of the plan of treatment, and the physician has discussed this with the capable patient, or the substitute decision-maker when the patient is incapable.

Check one of the following:

M.D.
 R.N.
 R.N. (EC)
 R.P.N.

Print name in full

Surname

Given Name

Signature

Date (yyyy/mm/dd)

- Each form has a unique serial number.
- Use of photocopies is permitted only after this form has been fully completed.



Formulaire de confirmation d'ordonnance de ne pas réanimer

Pour guider l'intervention des paramédics et des pompiers après le 1 février, 2008

Confidentiel une fois rempli

Lorsque ce formulaire est signé par un médecin (M.D.), un infirmier autorisé (I.A.), un infirmier autorisé de la catégorie spécialisée (I.A. (cat. spéc.)) ou un infirmier auxiliaire autorisé (I.A.A.), un paramédic ou un pompier **n'entreprendra pas** de réanimation cardiorespiratoire (RCR) de base ou avancée (voir le point 1) et **prendra** les mesures nécessaires pour assurer le confort (voir le point 2) du patient désigné ci-dessous :

Nom du patient – Veuillez écrire lisiblement

Nom de famille

Prénom

1. « **Ordonnance de ne pas réanimer** » signifie que paramédic (conformément à l'exercice de la profession) ou le pompier (conformément à son niveau de compétence) **n'entreprendra pas** de réanimation cardiorespiratoire (RCR) de base ou avancée, telle que :

- les compressions thoraciques;
- la défibrillation;
- la ventilation artificielle;
- l'insertion d'une canule oropharyngée ou nasopharyngée;
- l'intubation endotrachéale;
- la stimulation transcutanée;
- l'administration de médicaments d'urgences de réanimation comme, entre autres, des vasopresseurs, des antiarythmiques et des antagonistes opioïdes.

2. Afin d'assurer le confort du patient (soins palliatifs), paramédic (conformément à l'exercice de la profession) ou le pompier (conformément à son niveau de compétence) **effectuera** les interventions ou les thérapies jugées nécessaires pour assurer le confort ou alléger la douleur. Ces mesures incluent, sans s'y limiter, l'aspiration oropharyngée; l'administration d'oxygène, de nitroglycérine, de salbutamol, de glucagon, d'épinéphrine pour l'anaphylaxie, de morphine (ou d'autres analgésiques opioïdes), d'ASA ou de benzodiazépines.

La signature ci-dessous confirme que la condition suivante (cochez la case appropriée) est remplie et documentée dans le dossier médical du patient désigné ci-dessus.

- Il existe un plan de traitement qui tient compte du désir exprimé par le patient (s'il est capable) ou du consentement du mandataire (si le patient est incapable) de ne pas inclure la RCR dans le plan de traitement du patient.
- À l'heure actuelle, le médecin estime que le patient ne bénéficiera presque certainement pas de la RCR. La RCR ne fait pas partie du plan de traitement, et le médecin a eu un entretien à ce sujet avec le patient capable ou avec son mandataire si le patient est incapable.

Cochez une des désignations professionnelles suivantes :

M.D.

I.A.

I.A. (cat. spéc.)

I.A.A.

Nom complet en lettres moulées

Nom de famille

Prénom

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

- Chaque formulaire possède un numéro de série unique.
- Il est permis d'utiliser des photocopies uniquement lorsque ce formulaire a été dûment rempli.