

OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale

FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (FADM)-24 heures

Hôpital du Suroît

CISSMO SUROIT

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

Intolérance(s):

Sexe:

Remarques:

Poids (kg):

Taille (cm):

*** Valide du Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
Fentanyl 2mcg/mL Bupivacaine 0,08 % NS sac 250mL PÉRIDURAL perf. péridurale  Débit max: 20 mL/h Si douleur de 4 ou plus, augmenter de 2 mL/h q 30 min Narco sous clé OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale bradycardie-rigidite-depression respiratoire-		DVI _____ _____	DVI _____ _____	DVI _____ _____
Morphine 0,05 mg/mL+bupivacaïne 0,08% sac 250 mL (SCAS) PÉRIDURAL perf. péridurale  Débit max:20 mL/h Si douleur de 4 ou plus, augmenter de 2 mL/h q 30 min Narco sous clé OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale Sac préparé par la pharmacie oedeme angioneurotique-nausees et vomissements-etourdissement-		DVI _____ _____	DVI _____ _____	DVI _____ _____
Fentanyl 1mcg/mL Bupivacaine 0,08 % NS sac 250mL (SCAS) PÉRIDURAL perf. péridurale  Débit max: 20 mL/h Si douleur de 4 ou plus, augmenter de 2 mL/h q 30 min Narco sous clé OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale Sac préparé par la pharmacie bradycardie-rigidite-depression respiratoire-		DVI _____ _____	DVI _____ _____	DVI _____ _____
MORPHINE 10 mg/mL 1 mL sol.inj. SC _____ MG = _____ mL sous-cutané aux 3 heures si douleur Si douleur supérieure ou égale à 4 au repos Narco sous clé OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale oedeme angioneurotique-nausees et vomissements-etourdissement-		prn	prn	prn

(R) Refus

(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.



Précautions lors de la manipulation



Précautions grossesse et allaitement



Cytotoxique



Haut risque

Hôpital du Suroît

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

Intolérance(s):

Sexe:

Poids (kg):

Remarques:

Taille (cm):

*** Valide du ** Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
HYDROmorphone 2 mg/mL sol. inj. 1mL (Dilaudid) SC MG = mL sous-cutané aux 3 heures si douleur Si douleur supérieure ou égale à 4 au repos Narco sous clé OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale nausees et vomissements-somnolence-etourdissement- **INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin :	SC	prn	prn	prn
ACETAMINOPHENE mg co (Tylenol) PO MG = 2 comprimés 4 fois par jour Si non reçu IR Max: 4 g d'acétaminophen / 24 h Peut être écrasé OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale urticaire- rash-dommages hepaticues	PO		08:30 _____ 12:00 _____	17:00 _____ 21:00 _____
ACETAMINOPHENE mg supp. (Tylenol) IR MG = supp. 4 fois par jour Passer sous l'eau avant adm. Max: 4 g d'acétaminophen / 24 h Si non reçu PO OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale urticaire-rash-dommages hepaticues	IR			
NAPROXEN mg co (Naprosyn) PO MG = 1 comprimé 2 fois par jour Avec repas ou collation Peut être coupé ou écrasé OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale constipation-céphalées-douleurs epigastriques-douleurs abdominales	PO		08:30 _____	17:00 _____

(R) Refus

(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.

 Précautions lors de la manipulation	 Précautions grossesse et allaitement	 Cytotoxique	 Haut risque
---	--	---	---

OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale

Hôpital du Suroît

FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (FADM)-24 heures

Nom, Prénom:

CISSSMO SUROIT

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

Intolérance(s):

Sexe:

Poids (kg):

Remarques:

Taille (cm):

*** Valide du ** Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
CELECOXIB ____ mg caps. (Celebrex) ____ MG = ____ capsule(s) 2 fois par jour Avec repas ou collation Capsule peut être ouverte OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale céphalées-rash-douleurs abdominales	PO		08:30 ____	17:00 ____
INDOMETHACINE 100 mg supp (Indocid) 100 MG = 1 supp. aux 12 heures Si célécoxib ou naproxène PO impossible OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale nausées et vomissements-dyspepsie	IR			
LORazepam 0,5 mg co (Ativan) 0.5 MG = 1 comprimé(s) 3 fois par jour si anxiété ou insomnie Pour usager de 65 ans et plus Peut être coupé ou écrasé OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale confusion-somnolence-etourdissement-Début :	PO	prn	prn	prn
LORazepam 1 mg co (Ativan) 1 MG = 1 comprimé(s) 3 fois par jour si anxiété ou insomnie Pour usager de moins de 65 ans Peut être coupé ou écrasé OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale confusion-somnolence-etourdissement-	PO	prn	prn	prn
dimenhyDRINATE 50 mg/ mL inj. 1 mL (Gravol) ____ MG = ____ mL IV direct aux 4 heures si nausées Rediluer ad 10 mL NaCl 0,9% et administrer en 2 minutes Max: 400 mg / 24 h OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale vision brouillée-somnolence-céphalées-	IV	prn	prn	prn

(R) Refus

(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.

 Précautions lors de la manipulation	 Précautions grossesse et allaitement	 Cytotoxique	 Haut risque
---	--	---	---

OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale

FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (FADM)-24 heures

CISSMO SUROIT

Hôpital du Suroit

Nom, Prénom:

Chambre:

Dossier:

Allergie(s):

Sexe:

Intolérance(s):

Poids (kg):

Remarques:

Taille (cm):

*** Valide du ** Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
ONDANSETRON 4 mg/2 mL sol. inj. (Zofran) 4 MG = 2 mL IV via mini-perfuseur aux 8 h si nausées persistent 30 min après dimenhydrINATE Rediluer ad 20 mL avec NaCl 0,9% et administrer en 15 minutes OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale nausées et vomissements-constipation-céphalées-sympt. extra-pyramidaux	IV	prn	prn	prn
METOCLOPRAMIDE 10 mg/2 mL inj. (Maxeran) 10 MG = 2 mL IV direct aux 6 heures si nausées persistent 30 min après ondansetron Injecter lentement en 1 à 2 minutes Aviser anesthésiologiste si inefficace OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale	IV	prn	prn	prn
diphenhydrAMINE 50 mg/mL inj. 1 mL (Benadryl) 25 MG = 0.5 mL IV via mini-perfuseur aux 4 heures si prurit Rediluer ad 10 mL avec NaCl 0,9% et administrer en 5 minutes OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale photosensibilite-somnolence-secheresse de la bouche-	IV	prn	prn	prn
NALOXONE 0,4 mg/mL sol. inj. 1 mL (amp) (Narcan) 0.4 MG = 1 mL IV perfusion continue 25 mL/h x 4 h si diphenhydrAMINE inefficace après 30 min Dans 100 mL NaCl 0,9% pour prurit réfractaire Aviser anesthésiologiste si inefficace OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale nausées et vomissements-transpiration-hypertension-tachycardie	IV	prn	prn	prn
NALOXONE 0,4 mg/mL sol. inj. 1 mL (amp) (Narcan) Diluer 1mL (0,4mg) avec 3 mL NaCl 0,9% Administrer 1 mL (0,1 mg) IV aux 5 minutes jusqu'à respiration supérieure à 10/minute Rincer avec 10 mL NaCl 0,9% Selon respiration et degré sédation OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale nausées et vomissements-transpiration-hypertension-tachycardie	IV	prn	prn	prn

(R) Refus

(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.

 Précautions lors de la manipulation	 Précautions grossesse et allaitement	 Cytotoxique	 Haut risque
---	--	---	---

OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale

FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (FADM)-24 heures

CISSSMO SUROIT

Hôpital du Suroît

Nom, Prénom

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

Intolérance(s):

Sexe:

Remarques:

Poids (kg):

Taille (cm):

*** Valide du Nom générique du médicament/nom commercial courant		Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
Init.: _____ Heure: _____					
Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.					
Init.: _____ Heure: _____					
Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.					

Vérifié avec profil : _____ Le : _____

Signature(s) Init(s)		Signature(s) Init(s)		Signature(s) Init(s)	

(R) Refus

(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.

 Précautions lors de la manipulation	 Précautions grossesse et allaitement	 Cytotoxique	 Haut risque
---	--	---	---