

# OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale



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

CISSSMO Jardins Roussillon

Hôpital Anna-Laberge

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Naissance:

Dossier:

RAMQ:

Sexe:

Intolérance(s):

Médicaments écrasés ☐

Poids (kg):

Remarques:

Liquide épaissi ☐

Taille (cm):

Compote ☐

| *** Valide du _____ à 00:00 au _____ à 23:59 ***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | (00:00-07:29)                  | (07:30-15:29)                  | (15:30-23:59)                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Nom générique du médicament/nom commercial courant                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Voie d'adm.                    |                                |                                |
| <b>PERFUSION PÉRIDURALE</b><br><br><b>Bupivacaine 0,08% + fentanyl 2 mcg/mL</b> <input type="checkbox"/><br><b>Bupivacaine 0,08% + fentanyl 1 mcg/mL</b> <input type="checkbox"/><br><b>Bupivacaine 0,08% + morphine 0,05 mg/mL</b> <input type="checkbox"/><br><br><div style="text-align: right;">Perf </div> |  | DVI <u>    </u><br><u>    </u> | DVI <u>    </u><br><u>    </u> | DVI <u>    </u><br><u>    </u> |
| <b>CELECOXIB ____ mg caps. (Celebrex)</b><br><b>____ MG = 1 capsule(s) par la bouche</b><br><b>2 fois par jour</b><br><br>Avec repas ou collation<br>Capsule peut être ouverte<br>OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale<br>céphalées-rash-douleurs abdominales                                                                                                                                |  | PO<br>Cabinet                  | 08:30                          | 17:00                          |
| <b>INDOMETHACINE 100 mg supp (Indocid)</b><br><b>100 MG = 1 supp. intrarectal</b><br><b>aux 12 heures</b><br><br>Si célécoxib ou naproxène PO impossible<br>OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale<br>nausées et vomissements-dyspepsie-céphalées-etourdissement                                                                                                                               |  | IR<br>Cabinet                  | 08:30                          | 17:00                          |
| <b>NAPROXEN ____ mg co (Naprosyn)</b><br><b>____ MG = 1 comprimé(s) par la bouche</b><br><b>2 fois par jour</b><br><br>Avec repas ou collation<br>Peut être coupé ou écrasé<br>OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale<br>constipation-céphalées-douleurs épigastriques-douleurs abdominales                                                                                                    |  | PO                             | 08:30                          | 17:00                          |
| <b>ACETAMINOPHENE 650 mg supp. (Tylenol)</b><br><b>____ MG = ____ supp. intrarectal</b><br><b>4 fois par jour</b><br><br>Si non reçu PO<br>Max: 4 g d'acétaminophène / 24 h<br>OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale<br>urticaire-rash-dommages hépatiques                                                                                                                                    |  | IR<br>Cabinet                  |                                |                                |

(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 Jardins Roussillon

Hôpital Anna-Laberge

Nom, Prénom:

Allergie(s):

Intolérance(s):

Remarques:

Naissance:

RAMQ:

Médicaments écrasés

Liquide épaissi

Compote

☐
☐
☐

Chambre:

Dossier:

Sexe:

Poids (kg):

Taille (cm):

| *** Valide du _____ à 00:00 au _____ à 23:59 ***                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | (00:00-07:29)               | (07:30-15:29) | (15:30-23:59)  |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|---------------|----------------|----------------|
| Nom générique du médicament/nom commercial courant<br><b>ACETAMINOPHENE _____ mg co (Tylenol)</b><br>_____ MG = 2 comprimé(s) par la bouche<br><b>4 fois par jour</b><br>Si non reçu IR<br>Max: 4 g d'acétaminophène / 24 h<br>Peut être coupé ou écrasé<br>OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale<br>urticaire-rash-dommages hépatiques               |  | Voie d'adm.<br>PO<br>Commun |               | 08:30<br>12:00 | 17:00<br>21:00 |
| <b>diphenhydrAMINE 50 mg/mL inj. 1 mL (Benadryl)</b><br><b>25 MG = 0.5 mL IV via mini-perfuseur</b><br><b>aux 4 heures si prurit</b><br><b>Rediluer ad 10 mL avec NaCl 0,9% et administrer en 5 minutes</b><br>OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale<br>photosensibilité-somnolence-sécheresse de la bouche- <b>**INSC ANALG SI REQUIS**</b>          |  | IV<br>Cabinet               | prn           | prn            | prn            |
| <b>MORPHINE 10 mg/mL 1 mL sol.inj.</b><br>_____ MG = _____ mL sous-cutané<br><b>aux 3 heures si douleur</b><br>Si douleur supérieure ou égale à 4 au repos<br>Jeter toute portion restante<br>Narco sous clé<br>OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale<br>oedème angioneurotique-nausées et vomissements-etourdissement- <b>**INSC ANALG SI REQ...</b> |  | SC<br>Cabinet               | prn           | prn            | prn            |
| <b>HYDROMORPHONE 2 mg/mL sol. inj. 1mL (Dilaudid)</b><br>_____ MG = _____ mL sous-cutané<br><b>aux 3 heures si douleur</b><br>Si douleur supérieure ou égale à 4 au repos<br>Narco sous clé<br>OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale<br>nausées et vomissements-somnolence-etourdissement- <b>**INSC ANALG SI REQUIS**</b>                            |  | SC<br>Cabinet               | 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 périurale



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

CISSMO Jardins Roussillon

Hôpital Anna-Laberge

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Naissance:

Dossier:

RAMQ:

Sexe:

Intolérance(s):

Médicaments écrasés ☐

Poids (kg):

Remarques:

Liquide épaissi ☐

Taille (cm):

Compote ☐

| *** Valide du _____ à 00:00 au _____ à 23:59 ***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | (00:00-07:29) | (07:30-15:29) | (15:30-23:59) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Nom générique du médicament/nom commercial courant                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Voie d'adm.   |               |               |               |
| <b>NALOXONE 0,4 mg/mL sol. inj. 1 mL (amp) (Narcan)</b><br><b>0.4 MG = 1 mL IV perfusion continue</b><br><b>25mL/h x 4h si prurit persiste 30 min après diphenhydramine</b><br><b>Diluer dans 100 mL NaCl 0,9%</b><br>Aviser anesthésiologiste si inefficace<br>OIPI-625 : Analgésie par voie périurale<br>nausées et vomissements-transpiration-hypertension-tachycardie                              | IV<br>Cabinet | prn           | prn           | prn           |
| <b>NALOXONE 0,4 mg/mL sol. inj. 1 mL (amp) (Narcan)</b><br><b>Diluer 1mL (0,4 mg) avec 3 mL NaCl 0,9%</b><br><b>Administrer 1 mL (0,1 mg) IV direct aux 5 minutes</b><br><b>jusqu'à respiration supérieure à 10/minute</b><br>Rincer avec 10 mL NaCl 0,9%<br>Jeter toute portion restante<br>OIPI-625 : Analgésie par voie périurale<br>nausées et vomissements-transpiration-hypertension-tachycardie | IV<br>Cabinet | prn           | prn           | prn           |
| <b>LORazepam _____ mg co (Ativan)</b><br><b>_____ MG = 1 comprimé(s) par la bouche</b><br><b>3 fois par jour si anxiété ou insomnie</b><br>1 mg : usager de moins de 65 ans / 0,5 mg : 65 ans et +<br>Peut être coupé ou écrasé<br>OIPI-625 : Analgésie par voie périurale confusion-somnolence-etourdissement- <b>**INSC</b><br><b>ANALG SI REQUIS**</b>                                              | PO<br>Cabinet | prn           | prn           | prn           |
| <b>ONDANSETRON 4 mg/2 mL sol. inj. (Zofran)</b><br><b>4 MG = 2 mL IV via mini-perfuseur</b><br><b>aux 8 h si nausées persistent 30 min après dimenhydrinate</b><br><b>Rediluer ad 20 mL avec NaCl 0,9% et administrer en 15 minutes</b><br>OIPI-625 : Analgésie par voie périurale<br>nausées et vomissements-constipation-céphalées-sympt. extra-pyramidaux                                           | IV<br>Cabinet | prn           | prn           | prn           |
| <b>dimenhydrinate 50 mg/ mL inj. 1 mL (Gravol)</b><br><b>_____ MG = _____ mL IV direct</b><br><b>aux 4 heures si nausées</b><br><b>Rediluer ad 10 mL avec NaCl 0,9% et donner en 2 minutes</b><br>Max: 400 mg / 24 h<br>OIPI-625 : Analgésie par voie périurale<br>vision brouillée-somnolence-céphalées- <b>**INSC ANALG SI REQUIS**</b>                                                              | IV<br>Cabinet | 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 Jardins Roussillon

Hôpital Anna-Laberge

Nom, Prénom:

Allergie(s):

Intolérance(s):

Remarques:

Naissance:

RAMQ:

Médicaments écrasés

Liquide épaissi

Compote

☐
☐
☐

Chambre:

Dossier:

Sexe:

Poids (kg):

Taille (cm):

| *** Valide du _____ à 00:00 au _____ à 23:59 ***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                          | (00:00-07:29)                | (07:30-15:29) | (15:30-23:59) |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------|---------------|-----|
| Nom générique du médicament/nom commercial courant<br><b>METOCLOPRAMIDE 10 mg/2 mL inj. (Maxeran)</b><br><b>10 MG = 2 mL IV direct</b><br><b>aux 6 heures si nausées persistent 30 min après ondansétron</b><br><b>Administrer lentement en 1 à 2 minutes</b><br>Aviser anesthésiologiste si inefficace<br>OIPI-625 : Analgésie par voie péridurale<br>agitation-somnolence-fatigue-sympt. extra-pyramidaux |                                                                                                                          | Voie d'adm.<br>IV<br>Cabinet | prn           | prn           | prn |
| Init.: _____<br>Heure: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales</b><br><b>OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.</b> |                              |               |               |     |
| Init.: _____<br>Heure: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales</b><br><b>OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.</b> |                              |               |               |     |

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