

Hôpital du Suroît

CISSMO SUROIT

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)
MORPHINE 5 mg/mL sac 50 mL ACP IV sous pompe En perfusion continue selon OIPI  Dose ACP : mg, Blocage : min Max en 4h : mg Si douleur supérieure à 6, augmenter dose ACP à mg Narco sous clé OIPI-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP oedeme angioneurotique-nausees et vomissements-etourdissement-**INSC ANALG SI REQ... Début : Fin :		IV	DVI _____ _____	DVI _____ _____	DVI _____ _____
ACETAMINOPHENE _____mg co (Tylenol) _____ MG = 2 comprimé(s) 4 fois par jour Si non reçu IR Max: 4 g d'acétaminophen / 24 h Peut être écrasé OIPI-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP urticaire-rash-dommages hépatiques Début : Fin :		PO		08:30 _____ 12:00 _____	17:00 _____ 21:00 _____
ACETAMINOPHENE _____ mg supp. (Tylenol) _____ MG = _____ supp. 4 fois par jour Passer sous l'eau avant adm. Max: 4 g d'acétaminophen / 24 h Si non reçu PO OIPI-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP urticaire-rash-dommages hépatiques Début : Fin :		IR			
NAPROXEN _____ mg co (Naprosyn) _____ MG = 1 comprimé 2 fois par jour Avec repas ou collation Peut être coupé ou écrasé OIPI-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP constipation-céphalées-douleurs épigastriques-douleurs abdominales Début : Fin :		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



HR Haut risque

Hôpital du Suroît

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

Intolérance(s):

Sexe:

Poids (kg):

Taille (cm):

Remarques:

*** 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-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP céphalées-rash-douleurs Début : Fin : abdominales	PO		08:30 ____	17:00 ____
INDOMETHACINE 100 mg supp (Indocid) 100 MG = 1 supp. aux 12 heures Passer sous l'eau avant adm. Si célécoxib ou naproxène PO impossible OIPI-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP nausées et vomissements-dyspepsie-céphalées-etourdissement Début : Fin :	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-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP confusion-somnolence-etourdissement-**INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin :	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-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP confusion-somnolence-etourdissement-**INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin :	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-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP vision brouillée-somnolence-céphalées-**INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin :	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-626 Analgésie via pompe ACP
FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (FADM)-24 heures
CISSMO SUROIT



Hôpital du Suroît

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 heures si nausées 30 min après dimenhydrINATE Rediluer ad 20 mL avec NaCl 0,9% et administrer en 15 minutes OIPI-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP nausées et vomissements-constipation-céphalées-sympt. extra-pyramidaux Début : Fin :	IV	prn	prn	prn
METOCLOPRAMIDE 10 mg/2 mL inj. (Maxeran) 10 MG = 2 mL IV tubulure aux 6 heures si nausées 30 min après ondansétron Injecter lentement en 1 à 2 minutes Aviser anesthésiologiste si inefficace OIPI-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP agitation-somnolence-fatigue-sympt. extra-pyramidaux Début : Fin :	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-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP photosensibilité-somnolence-sécheresse de la bouche- **INSC ANALG SI REQUIS** Début : Fin :	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 non efficace après 30 min dans 100 mL NaCl 0,9% pour prurit réfractaire Jeter toute portion restante Aviser anesthésiologiste si inefficace OIPI-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP nausées et vomissements-transpiration-hypertension-tachycardie Début : Fin :	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-626 ANALGÉSIE VIA POMPE ACP nausées et vomissements-transpiration-hypertension-tachycardie Début : Fin :	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
-------------------------------------	--------------------------------------	-------------	-------------

Hôpital du Suroît

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)
Init.: _____ Heure: _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.				
Init.: _____ Heure: _____					
Init.: _____ Heure: _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.				
Init.: _____ Heure: _____					

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