

Installation: _____

Dossier : _____

Nom, prénom _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ ☐ F ☐ M
année mois jour

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

ANALGÉSIE PAR VOIE PÉRIDURALE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie(s) : _____

****Prendre la pompe dédiée « PÉRIDURALE » avec tubulure péridurale sans site d'injection. Apposer sur la tubulure une étiquette « PÉRIDURALE »****

ANALGÉSIQUE : Aucune autre concentraton de péridurale ne doit être prescrite sans l'accord de la pharmacie au préalable.

Bupivacaïne 0,08% + fentanyl 2 mcg/mL (sac de 250 mL prêt à l'emploi **OPTION À PRIVILÉGIER**) :

Débit initial de la perfusion ____ mL/h pour ____ h

Initiales

OU

Bupivacaïne 0,08% + fentanyl 1 mcg/mL à ____ mL/h pour ____ h

Initiales

OU

Bupivacaïne 0,08% + morphine épidurale (épimorph) 0,05 mg/mL ____ mL/h pour ____ h

Initiales

Pour les deux concentrations optionnelles, la préparation est faite par la pharmacie. Exceptionnellement, en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, le premier sac doit être fait par l'anesthésiologiste à la salle d'opération.

Antidote et matériel d'urgence disponible à proximité (avec matériel d'administration)

- Naloxone 0,4 mg/mL, 1 ampoule de 1 mL et ventimasque avec réservoir (100%)

ANALGÉSIQUE SI DOULEUR SUPÉRIEURE OU ÉGALE À 4 AU REPOS

Augmenter la perfusion péridurale de 2 mL/h q 30 min PRN jusqu'à un maximum de 20 mL/h

ET administrer les entre-doses suivantes pour obtenir le contrôle de la douleur

____ Morphine 5 mg SC q 3 h PRN

ou

____ HYDROmorphine 1 mg SC q 3 h PRN

Initiales

Initiales

Autre : _____

Si soulagement inefficace (douleur supérieure ou égale à 4 au repos) aviser anesthésiologiste de garde si débit maximal et entre-doses non suffisantes.

ATTENTION : aucun autre analgésique ou sédatif sans l'accord de l'anesthésiologiste

CO-ANALGÉSQUES ET ANXIOLYTIQUE

(ÉVITER L'USAGE D'AINS EN PRÉSENCE D'INSUFFISANCE CARDIAQUE OU RÉNALE)

____ Acétaminophène ☐ 650 mg ou ☐ 1000 mg PO ou IR QID

Initiales

____ Naproxène ☐ 375 mg ou ☐ 500 mg PO BID

Initiales

____ Célécoxib ☐ 100 mg ou ☐ 200 mg PO BID

Initiales

____ Indométhacine 100 mg IR q 12 h si naproxène ou célécoxib impossible PO

Initiales

____ Lorazépam 1 mg si usager de moins de 65 ans ou 0,5 mg si 65 ans et plus PO TID PRN si insomnie ou anxiété

Initiales md

ANALGÉSIQUE POST-PÉRIDURALE : Lorsque la péridurale est cessée, cesser tous les co-analgésiques, anxiolytique, anti-nauséeux et antiprurigineux prévus à l'OIPI et débiter l'analgésie post-opératoire prescrite par le chirurgien

ANTI-NAUSÉUX

____ DimenhyDRINATE ☐ 25 mg à ☐ 50 mg IV q 4 h PRN;

Initiales

- Si inefficace après 30 min, ondansétron 4 mg IV q 8 h PRN ;
- Si inefficace après 30 min, métoclopramide 10 mg IV q 6 h PRN. Aviser anesthésiologiste si inefficace.

ANTI-PRURIGINEUX

DiphenhydRAMINE 25 mg IV q 4 h PRN;

- Si inefficace après 30 min, naloxone 0,4 mg IV dans 100 mL NaCl 0,9 % à 25 mL/h X 4 h. Aviser anesthésiologiste si inefficace.

ANTICOAGULANT

Si initialisé, l'administration est autorisée	Conditions pour le retrait du cathéter
____ Héparine standard SC selon ordonnance du chirurgien Initiales	• Si BID : Retirer cathéter 10 h après la dernière dose; • Si TID : Omettre 1 dose et retirer cathéter 10 h après dernière dose. Reprendre administration 2 h après le retrait du cathéter.
____ Héparine de faible poids moléculaire à dose prophylactique selon ordonnance du chirurgien (ex : daltéparine SC DIE) Initiales	Retirer le cathéter 24 h après la dernière dose; Reprendre l'administration 4 h après le retrait du cathéter.
____ Autre anticoagulant autorisé durant la péridurale : _____ Initiales	

____ Date et heure (AAAA-MM-JJ)

____ Signature du prescripteur

____ # permis

☐ FAX envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf)

ANALGÉSIE PAR VOIE PÉRIDURALE (SUITE)

Les médicaments suivants ne doivent JAMAIS être administrés durant la péridurale sans l'accord de l'anesthésiologiste : héparine standard en perfusion IV, héparine à faible poids moléculaire (HFPM) à dose thérapeutique, antiplaquettaires et autres (ex : daltéparine 200 unités/kg, enoxaparine 1 mg/kg, tinzaparine 175 unités/kg, warfarine, clopidogrel, prasugrel, dabigatran, rivaroxaban, apixaban, argatroban, edoxaban, danaparoïde, fondaparinux, tirofiban, ticagrelor)

Surveillance et traitement – Respecter surveillance post-opératoire puis :

- Vérifier aux 8 h le système de perfusion péridurale : solution et débit. Documenter aux 8 h le volume perfusé.
- Surveiller site d'insertion aux 8 h, aviser anesthésiologiste si signes d'infection.
 - Si bris ou déplacement ou tubulure désabotée, retirer le cathéter en respectant les directives émises si anticoagulothérapie et débuter l'analgésie post-opératoire prescrite par le chirurgien. Aviser l'anesthésiologiste à la visite médicale.
- **Maintenir accès IV jusqu'à 24 h après le retrait du cathéter péridural**
- **Signes vitaux** (TA, FC, état respiratoire, saturation) et **degré de sédation**
 - Chaque 15 min X 4
 - Chaque 30 min X 2
 - Chaque 1 h X 4
 - Chaque 4 h X durée de la perfusion
 - Puis QID jusqu'au congé ou selon ordonnance médicale
- Mesurer la douleur lors de l'évaluation initiale, puis aux 2 h X 24 h, puis aux 4 h.

Si respiration inférieure à 10/min ou le degré de sédation à 3

- Cesser la perfusion péridurale X 60 min
- Stimuler à respirer, administrer O₂ à 100 % PRN
- Prise SV q 15 min et le degré de sédation
- Après 60 min, si respiration supérieure à 10/min ou degré de sédation à 1, reprendre en diminuant le débit de 2 mL/h
- Surveiller SV et le degré de sédation q 15 min pour 1 h minimum
- Si absence d'amélioration, donner naloxone tel qu'indiqué ci-dessous et aviser l'anesthésiologiste

Si respiration inférieure à 8/min ou degré de sédation à 4

- Appeler de l'aide
- Cesser la perfusion péridurale
- Stimuler à respirer, administrer O₂ à 100% PRN
- Donner naloxone tel qu'indiqué ci-dessous
- Prise SV q 5 min et saturométrie en continue
- Aviser anesthésiologiste

Naloxone : Diluer 1 mL de 0,4 mg/mL dans 3 mL NaCl 0,9% pour un total de 4 mL (= 0,1 mg/mL).

Administrer 0,1 mg IV soit 1 mL de la préparation diluée q 5 min jusqu'à respiration supérieure à 10/min.

Rincer avec 10 mL NaCl 0,9%

Hypotension : Si TA systolique inférieure à 90 mm Hg

- Cesser la perfusion péridurale X 60 min, administrer un bolus de 500 mL de NaCl 0,9% (en 30 min et SV q 15 min), répétable X 1 pour un autre épisode d'hypotension dans les 24 h
- Après 60 min, reprendre la perfusion en diminuant de 2 mL/h si TA systolique supérieure à 100 mm Hg.
- Après 60 min, si l'hypotension persiste aviser le médecin traitant.
- Si l'utilisateur est souffrant suite à l'arrêt de la péridurale et que la TA systolique est supérieure à 90 mmHg, donner l'analgésique prescrit par l'anesthésiologiste en page 1.

Évaluer le bloc moteur lors de l'évaluation initiale, puis q 4 h

Si bloc moteur supérieur ou égal à 2

- Cesser la perfusion péridurale X 60 min. Si amélioration après 60 min, reprendre en diminuant de 2 mL/h.
- Évaluer le bloc moteur q 2 h, si bloc moteur est supérieur ou égal à 2 pendant plus de 4 h, aviser anesthésiologiste.
- * Si rachidienne : évaluer le bloc moteur lors de l'évaluation initiale, puis chaque 4 h.
- 4 h post-rachidienne, suivre les indications si bloc moteur supérieur ou égal à 2.

Évaluer le bloc sensitif lors de l'évaluation initiale, puis q 4 h

Si bloc sensitif, plus haut que T4 (mamelons / base du sternum)

- Cesser la perfusion péridurale X 60 min et mettre l'utilisateur en position assise ou semi-assise
- Prise SV et le degré de sédation, bloc sensitif q 15 min + saturométrie en continue
- Si amélioration après 60 min : reprendre en diminuant le débit de 2 mL/h sinon aviser anesthésiologiste

- Surveiller les signes de toxicité (confusion, bourdonnement, goût métallique, étourdissement, dysphasie, vision embrouillée, engourdissement bras/langue, inconscience, convulsion), si présence arrêter la perfusion et aviser l'anesthésiologiste
- Mobilisation au fauteuil (avec aide) si bloc moteur 0 ou 1 ; marche (avec aide) si bloc moteur à 0 et pas contre-indiquée
- Cathétérisme vésical intermittent aux 6 h si rétention urinaire, confirmer à l'aide du bladderscan (sauf si avis contraire du chirurgien)