

Soins et surveillance lors d'une échographie Cardiaque Transoesophagienne (ETO)			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2025-12-17
	Direction des programmes de soins critiques et spécialisés	Révisé	
	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical		
Personne(s) concernée(s)	Personnel en soins infirmiers et inhalothérapeutes Personnel contribuant aux soins et surveillances lors de l'ETO		
Outils cliniques associés	CLI-60810 Évaluation et surveillance en soins infirmiers - Écho Cardiaque Transoesophagienne PRO-6019 Double vérification indépendante des médicaments de niveau d'alerte élevé CLI-60164 Surveillance clinique et signes vitaux - Usager sous opiacés OC-6071 Administration d'oxygène en situation d'urgence L'échographie cardiaque transoesophagienne - Pour mieux vous guider		

1. Énoncé

Cette procédure vise à définir clairement les étapes à suivre pour assurer une prise en charge adéquate, un soutien optimal au cardiologue, ainsi qu'une surveillance rigoureuse de l'usager adulte lors de la réalisation d'une échographie cardiaque transoesophagienne.

2. Champ d'application/Contexte légal

Cette procédure précise les modalités de prise en charge, les rôles et responsabilités, les soins et surveillances à effectuer, ainsi que les précautions à respecter avant, pendant et après l'ETO. Elle s'adresse aux infirmières, aux inhalothérapeutes, aux technologues en imagerie médicale (TIM) et aux technologues en électrophysiologie médicale (TEPM), conformément aux champs d'exercice et aux activités réservées définis par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) et par l'OTIMROEPMQ (Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec).

L'ETO doit être réalisée dans un environnement clinique permettant d'assurer des soins sécuritaires, tels que les soins intensifs, le département d'électrophysiologie, la médecine de jour, les unités de soins et le service d'urgence. Ces milieux doivent être équipés de tout le matériel nécessaire à la surveillance et à l'intervention, sans compromettre la prestation des soins aigus ni entraver la fluidité hospitalière. Il est recommandé que l'intervention ne soit pas effectuée dans le lit d'urgence des soins intensifs, afin de préserver cet espace pour les usagers hospitalisés dont l'état clinique nécessite des soins spécialisés.

3. Définitions

L'ETO est une technique d'imagerie médicale utilisant des ultrasons (ondes sonores à haute fréquence) afin de visualiser, analyser et mesurer en temps réel des images du cœur d'une précision supérieure à celles fournies par l'échographie transthoracique classique. Elle permet une évaluation détaillée de la taille du muscle cardiaque, de sa fonction contractile et du fonctionnement des valves cardiaques.

Elle nécessite une surveillance étroite en lien aux risques de complications potentielles tels que :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, ballonnements.
- Hématémèse.
- Odynophagie.
- Dépression respiratoire.
- Dysphagie transitoire.
- Perforation œsophagienne.
- Arythmie cardiaque (extrasystoles, tachycardie, bloc auriculo-ventriculaire, etc.).
- Traumatismes bucco-dentaires.
- Paralysie des cordes vocales.
- Poussée hypertensive ou hypotension artérielle.
- Bronchospasme.
- Spasme laryngé sévère.
- Hémorragie digestive.
- Choc anaphylactique.
- Extubation accidentelle.

4. Objectifs

- Favoriser l'accessibilité à l'intervention afin de réduire les délais et coûts liés aux examens réalisés à l'externe.
- Limiter les risques de dépression respiratoire chez les usagers et optimiser la prise en charge de l'usager en assurant une intervention sécuritaire, conforme aux meilleures pratiques.
- Définir les rôles et responsabilités des intervenants (infirmiers, inhalothérapeutes, TIM, TEPM) selon leur champ d'exercice, afin d'encadrer les pratiques et de répondre aux enjeux liés à la pénurie de personnel.

5. Intervenants concernés

- Cardiologue.
- Médecine interne.
- Infirmière.
- Inhalothérapeutes.
- Technologue en imagerie médicale.
- Technologue en électrophysiologie médicale.

6. Rôles et responsabilités

Médecin responsable de l'intervention :

- Expliquer la procédure et les risques associés nécessaires pour l'obtention du consentement.
- Demeurer responsable de la prise en charge de l'usager jusqu'à l'atteinte des critères de congé.
- Procéder à l'évaluation complète de l'usager, incluant le réflexe nauséeux et l'anesthésie de la langue.
- Autoriser le congé si l'administration d'un antagoniste a été nécessaire.

ICASI du lieu de l'intervention

- Assurer la gestion des lits et de la disponibilité des espaces.
- Désigner un intervenant pour le nettoyage, désinfection et vérification du matériel et de l'équipement selon les normes en vigueur.
- S'assurer du retour du matériel à l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM).

Infirmière, Inhalothérapeute et/ou Technologue (selon le lieu de l'intervention) :

- Préparer le matériel et l'usager en vue de l'intervention.
- Assister le médecin durant l'intervention, incluant la préparation et l'administration de la médication.
- Surveiller des signes vitaux et de l'état général de l'usager avant, pendant et après l'intervention au besoin.
- Rédiger les notes d'observations associées à la procédure.
- Si transfert de l'usager, l'accompagner et assurer la continuité des soins jusqu'à la prise en charge.
- Surveillance l'état de l'usager post-intervention (**Infirmière et inhalo seulement**).
- Autorisation du congé selon la grille de critères avec codification (**Infirmière seulement**).

Infirmière de l'unité de soins pour les usagers hospitalisés :

- Vérifier que l'usager est à jeun selon les consignes préétablies.
- Installer et/ou vérifier la perméabilité un cathéter intraveineux périphérique avec NaCl 0,9% à TVO.

TEPM (seulement) → pour l'installation et le retrait d'un cathéter intraveineux périphérique, le

TEPM doit posséder les deux attestations suivantes délivrées par l'OTIMROEMPQ :

- Attestation permettant d'administrer une substance de contraste.
- Attestation permettant de procéder à des échographies cardiaques.

Le technologue en électrophysiologie médicale ne peut pas administrer une médication IV, sauf en cas d'urgence et selon une ordonnance individuelle.

7. Matériel

- Appareil d'échographie cardiaque.
 - Sonde à échographie transoesophagienne.
 - Matériel à proximité pour la procédure :
 - Lunette nasale.
 - Brassard à pression.
 - Soluté et tubulure de 500 mL de NaCl 0,9%.
 - Lidocaïne en sirop avec un gobelet.
 - Abaisse-langue.
 - Protecteur buccal- canule oro-nasale bite block.
 - Produit de contraste avec matériel pour l'administrer.
 - Antagonistes : Flumazénil et naloxone avec le matériel pour l'administrer.
 - 2 seringues identifiées avec étiquette comprenant du fentanyl et du midazolam.
 - 2 seringues : 1 remplie 10mL NaCl 0,9% + 1 vide de 10 mL avec 1 robinet 3 voies (administration bulles).
 - 3 électrodes.
 - Capteur de saturation.
 - Matériel pour installer d'un cathéter IV.
 - Xylocaïne en vaporisateur avec gicleur.
 - Ambu à usage unique.
 - Gel lubrifiant avec compresse.
- Requis : succion murale avec réservoir (tubulure et succion rigide), ambu, masque et oxygène mural.

8. Procédure

PRÉPARATION DE LA SALLE, ACCUEIL ET PRÉPARATION DE L'USAGER

1. Préparer la salle d'intervention :
 - Vérifier la disponibilité et la conformité du matériel requis pour l'ETO.
 - S'assurer que la lunette nasale est prête et connectée à la source d'oxygène murale.
 - Confirmer le bon fonctionnement du système de succion mural.
2. Installer l'utilisateur
 - Accueillir l'utilisateur et confirmer son identité à l'aide de deux identifiants.
3. Vérifier :
 - Confirmer que l'utilisateur est à jeun depuis minuit la veille (nourriture et liquide).
 - Vérifier qu'un accompagnateur est présent (usagers externes).
4. Enseigner à l'utilisateur/ accompagnateur/ famille en remettant le dépliant d'information.
5. Faire signer le consentement ETO (usager/représentant) si aucune question/préoccupation.
6. Aviser l'utilisateur qu'il ne doit pas avaler durant l'examen et qu'il doit laisser couler sa salive sur la serviette.
7. Procéder à la collecte de données à l'aide du *CLI-60810 Évaluation et Surveillance en soins infirmiers- Écho cardiaque*.
8. Vérifier si présence de facteurs de risque de dépression respiratoire CLI-60164 Surveillance clinique et signes vitaux Usager sous opiacés nécessitant une surveillance accrue.
 - *Si risque identifié, aviser l'inhalothérapeute et coordonner avec lui le moment de l'examen*
9. Préparer physiquement l'utilisateur (jaquette, prothèses dentaires et bijoux retirés).
10. Installer les 3 électrodes d'ECG de l'appareil d'échographie sur le thorax de l'utilisateur, le brassard de pression artérielle et le saturimètre, sur le bras gauche à moins d'avis contraire du médecin.
11. S'assurer qu'un soluté NaCl 0,9% TVO est installé avec un cathéter 18 ou 20, de préférence sur le bras droit.
12. Installer la lunette nasale avec O₂ 2L et ajuster au besoin.
13. Assurer que l'appareil d'imagerie médicale est positionné sur le côté droit de la civière. Inscrire les données de l'utilisateur (identifiant, poids et taille) dans l'appareil. Brancher la sonde dans l'appareil d'échographie.

PRÉPARATION DE LA MÉDICATION :

14. Selon l'**ordonnance médicale** du médecin prescripteur, préparer la médication (analgésie et sédation) et effectuer la DVI (PRO-6019 DVI des médicaments de niveau d'alerte élevé). Consigner les données :
- *CLI-60810 Évaluation et Surveillance en soins infirmiers- Écho cardiaque transoesophagienne.*
 - Faire un rebut dans l'Accudose de la quantité jetée post intervention.

15. S'assurer que les antagonistes et le vasopresseur sont disponibles en quantité suffisante et facilement accessibles.

Administrar selon l'ordonnance médicale.

DÉBUT DE L'EXAMEN

16. Le médecin explique l'intervention à l'usager/famille et fait signer le consentement PRN.
17. Installer l'usager sur la civière en position semi-assise, le dos légèrement incliné vers l'arrière et lui demander de se gargariser avec 10 mL de la solution de Xylocaïne 2 % visqueuse (20 mg/mL). L'usager doit se gargariser 2 fois avec 10 mL, le plus longtemps possible à chaque fois et, avaler lentement la solution après la 2^e fois (**seulement usager non intubé**).
18. Une fois, l'ensemble gicleur-tige installé sur la lidocaïne en aérosol (10 mg/ vaporisation), si 1^{re} utilisation, amorcer la pompe en pressant (5-10 fois) sur le gicleur. Vaporiser dans l'arrière du pharynx sans que l'usager respire puis demander d'avaler.
19. Assurer de l'absence de réflexe nauséeux et que la langue est bien anesthésiée en touchant le fond de la gorge avec un abaisse-langue (médecin seulement).
20. Lorsque la gorge de l'usager est bien anesthésiée, placer l'usager en décubitus latéral gauche avec la tête légèrement surélevée avec une serviette sous le visage.
21. Surveiller les signes vitaux et l'état clinique de l'usager lors d'administration de sédatif et d'analgésiques selon les recommandations (voir annexe A).
- Aviser le médecin si : la saturation en oxygène est inférieure à 90 % ou 88 % pour un usager MPOC ou si le degré de sédation est supérieur ou égal à 3 ou si sa fréquence respiratoire est inférieure ou égale à 8 respirations/min.**
22. Débuter la sédation selon les directives verbales du médecin.
23. Installer un protecteur buccal avant l'insertion de la sonde puis la sonde sera introduite avec une flexion de la tête vers le bas.
24. Documenter les données significatives observées pendant l'intervention telles que :
- Médicaments administrés (indiquer heure, dose et initiales);
 - Évaluation de la douleur.
 - Évaluation respiratoire (fréquence, amplitude, rythme et présence de ronflement).
 - Surveillance clinique continue.
 - Réactions de l'usager pendant l'intervention.
 - État de l'usager à la fin de l'intervention.

Dans les formulaires suivants :

- *CLI-60810 Évaluation et Surveillance en soins infirmiers- Écho cardiaque transoesophagienne.*
 - *CLI-60164 Surveillance clinique et signes vitaux Usager sous opiacés.*
25. Augmenter le débit de l'oxygène via lunette nasale au besoin selon les consignes du médecin ou l'OC-6071 *Administration d'oxygène en situation d'urgence.*
26. Administration NaCl 0,9 % agité (microbulles) à la demande du médecin, puis rincer rapidement la voie avec 10 mL de NaCl 0,9%. *Pour créer des microbulles : connecter une seringue vide de 10 mL et une seringue remplie de 10 mL de NaCl 0,9% à un robinet 3 voies et fermer le robinet vers la voie non utilisée. Mélanger vigoureusement le contenu du NaCl 0,9% à la seringue vide en pressant en alternance sur le piston de chacune des seringues pendant 2 minutes. Une fois les microbulles formées dans la solution de NaCl 0,9%, injecter rapidement dans la voie intraveineuse. S'assurer que le médecin est prêt pour l'interprétation au moment de l'injection.*

27. Administration rapide (environ 2 secondes) du produit de contraste IV selon ordonnance médicale, puis rincer rapidement la voie avec 10 mL de NaCl 0,9%.

28. Au besoin : administrer les antagonistes et/ou le vasopresseur selon l'ordonnance médicale.

29. Rester au chevet de l'usager, le rassurer et lui donner les informations selon le déroulement de l'intervention;

30. Ne jamais insérer, avancer ou retirer la sonde d'échographie pour prêter assistance au médecin. Au besoin, assister le médecin pour certaines activités telles que le maintien de la sonde.

FIN DE L'EXAMEN

31. Lorsque l'examen est terminé, mesurer à nouveau les signes vitaux et la saturation. Assurer que l'usager est éveillé et stable. Mettre l'usager en position semi-assise.

32. Si l'usager quitte le lieu de l'intervention :

- Retirer le moniteur cardiaque si les signes vitaux sont stables.
- Transférer l'usager au lieu désigné pour assurer la surveillance, pour une période minimale de 30 min.
- Transmettre le rapport à l'infirmière qui assurera la prise en charge et la surveillance post-intervention.

33. Désigner un intervenant afin de nettoyer, désinfecter et vérifier l'équipement et le matériel selon les procédures et normes établies (PRO-10149 Nettoyage et désinfection sonde transoesophagienne).

SURVEILLANCE POST EXAMEN (PAR L'INFIRMIÈRE SEULEMENT)

34. Assurer la surveillance pour une période minimale d'observation de 30 minutes après la dernière dose de sédation-analgésique reçue. **Si un antagoniste a été administré**, la période de surveillance clinique est prolongée pour un minimum de 120 minutes après la dernière dose d'antagoniste reçue (éviter rebond).

35. Poursuivre et ajuster la surveillance des paramètres cliniques en tenant compte :

- Type de médication utilisée pendant l'examen.
- Voie d'administration.
- Pic d'action de l'opiacé ou autre médicament dépressif sur le système nerveux central (SNC).

L'usager doit être gardé en observation tant que subsistent les risques de dépression du SNC.

36. Évaluer et surveiller les signes et symptômes de complications associées à l'intervention ou à la sédation-analgésie. Intervenir selon l'ordonnance du médecin (technologues) ou selon le document infirmier suivant :

- OC-6069 *Initier le traitement d'urgence lors d'un surdosage d'opiacés par l'administration de la naloxone (Narcan) chez la clientèle de 14 ans et plus.*
- OC-6071 *Administration d'oxygène en situation d'urgence.*
- RSI-6018 *Surveillance clinique des usagers qui reçoivent des opiacés ayant un effet dépressif sur le système nerveux central.*

37. Il est possible d'observer la présence de filaments sanguins dans la salive. Si le saignement augmente ou persiste, aviser le cardiologue.

38. Si usager externe :

- Autoriser le congé uniquement si l'usager répond aux critères de congé établis selon le *CLI-60810 Évaluation et Surveillance en soins infirmiers- Écho cardiaque transoesophagienne*.
- Retirer l'accès IV juste avant le congé.
- Informer l'usager et à son accompagnateur au départ des consignes suivantes :
 - Demeurer à jeun 2 heures suivant l'intervention sans boire ni manger.
 - Sensibilité normale au niveau de la gorge, se résorbe dans les 24 heures suivant l'intervention.
 - Ne pas conduire de véhicule pour une période de 24 heures, ni signer de documents importants.

39. Documenter l'enseignement et l'ensemble des soins effectués auprès de l'usager concernant notamment :

- L'état de l'usager au moment du congé.
- Le nom de la personne qui accompagne.
- La date et heure de départ.

Précautions

- Pendant la sédation-analgésie, l'usager doit préserver ses fonctions cardiorespiratoires et pouvoir réagir à une stimulation verbale ou tactile. Degré de sédation inférieur ou égal à 2 selon l'échelle de sédation de Pasero.
- Le premier signe précoce d'une dépression du SNC est souvent une altération de l'état de conscience qui se traduit par une détérioration du degré de sédation soit supérieur à 2 selon l'échelle de sédation de Pasero.
- Les changements hémodynamiques (TA, fréquence cardiaque, état de la peau, coloration et température de la peau) sont parmi les derniers signes à survenir. Voir « Progression de la dépression du SNC » (Annexe B).
- La durée d'action de certains benzodiazépines ou opioïdes pouvant dépasser celle du Flumazénil ou du Naloxone, des doses supplémentaires peuvent être requises.
- Lors de complications, le cardiologue communique avec le gestionnaire de lit pour une hospitalisation.
- Si un besoin d'hospitalisation est requis, une demande d'admission par le cardiologue doit être complétée indiquant le nom du médecin traitant et le diagnostic.

9. Annexe(s)

Annexe A : Surveillance des signes vitaux et l'état clinique de l'usager lors d'administration de sédatif et d'analgésiques selon les recommandations

Annexe B : Schématisation de la progression de la dépression du système nerveux central

10. Références

Aspen group (2020) Product monograph including patient medication information - prxylocaine endotracheal Repéré à : https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00058191.PDF

Astrazeneca Canada. (2018). Renseignements thérapeutique - Xylocaïne visqueuse à 2%. Repéré à : <https://cdn.vigilance.ca/mc/z2414948.pdf>

Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2020). L'échographie cardiaque transoesophagienne. Repéré à : <https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2020-01/578-1-echographie-cardiaque-transoesophagienne.pdf>

CISSS de la Montérégie-Ouest. (En vigueur 2019-09-24). *Double vérification indépendante des médicaments de niveau d'alerte élevé* (Procédure clinique n°PRO-6019).

CISSS de la Montérégie-Ouest. (En vigueur 2024-11-13) Liste personnalisée des médicaments de niveau d'alerte élevé au CISSS de la Montérégie-Ouest (Aide-mémoire clinique n°AMC-DSPEM-10008).

CISSS de la Montérégie-Ouest. (En vigueur 2018-12-04). *Surveillance clinique des usagers qui reçoivent des opiacés ayant un effet dépressif sur le système nerveux central* (Règle de soins n° RSI-6018).

CISSS des Laurentides. (En vigueur 2023-12-04). *Échographie cardiaque transoesophagienne (ÉTO) - Assistance au cardiologue* (Protocole interdisciplinaire n° INTER-CISS-0008).

CISSS des Laurentides. (En vigueur 2025-04-29) *Note observations et interventions ETO*. (Formulaire n° FP-CISS-6620).

Collège des Médecins, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. (2015). La sédation-analgésie – Lignes directrices conjointes en sédation-analgésie.

Hôpital fondation adolphe de Rothschild. (2025). Échocardiographie transoesophagienne (ETO). <https://www.fo-rothschild.fr/patient/actes-medicaux/echocardiographie-transoesophagienne-eto>

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2025). Échographie transoesophagienne. Repéré à : <https://www.ottawaheart.ca/fr/examen-intervention/%C3%A9chocardiographie-trans%C3%A9sophagienne>

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (2015). Échocardiographie transoesophagienne (ETO). Repéré à : <https://bibliotheque.iucpq.qc.ca/in/documentViewer>.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval. (2025). Guide d'administration intraveineuse des médicaments critiques. (2025). Repéré à : <https://www.iucpq.ca/zone-professionnelle/pharmacie/guide>

Méthode de soins informatisée (2025). Administration de naloxone. Repéré à : <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/administration-de-naloxone>

Procédure clinique – Soins et surveillance lors d'une échographie Cardiaque Transoesophagienne (ETO)

Méthode de soins informatisée (2025). Administration de flumazénil. Repéré à : <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/administration-de-flumazenil>

Méthode de soins informatisée (2025). Administration d'un médicament par voie oropharyngée. Repéré à : <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/administration-dun-medicament-par-voie-oropharyngee>

Méthode de soins informatisée (2025). Cadre de référence sur l'administration de dépresseurs du système nerveux central (SNC). Repéré à : <https://msi.expertise-sante.com/fr/methode/cadre-de-reference-sur-ladministration-de-depresseurs-du-systeme-nerveux-central-snc>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (révisé 2016). Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte. Repéré à : https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2465_doc.pdf

Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec. (2016). Guide d'application relatif au champ d'exercice et aux activités réservées aux technologues en électrophysiologie médicale (TEPM). Repéré à : <https://otimroepmq.ca/wp-content/uploads/2023/07/Guide-dapplication-champ-dexercice-et-activites-reservees-TEPM.pdf>

Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec. (2024). Normes Échographie médicale diagnostique-Normes de pratique spécifique. Repéré à : https://otimroepmq.ca/wp-content/uploads/2025/02/Normes-echographie-medecale_-2024-V-WEB.pdf

Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec. (2018). Normes de pratique en électrophysiologie médicale volet général. Repéré à : <https://otimroepmq.ca/wp-content/uploads/2023/07/16-Normes-EPM-volet-general-mars-2018-2.pdf>

Processus d'élaboration		
Rédigé par	Geneviève Huot, conseillère en soins infirmiers, volet soins critiques	2025-10-10
Consultation(s)	Martine Chicoine-Lebel, chef adjointe de département de la médecine spécialisée	2025-12-03
	Nathalie Granger, interniste Hôpital Anna-Laberge	2025-09-19
	Dominika Nowakowska, cardiologue Hôpital Anna-Laberge	2025-12-10
	Sonia Bourrellis, chef de département de médecine spécialisée	2025-11-28
	Francis Lando, technologue spécialisé en radiologie Hôpital du Suroît	2025-09-17
	Hélène Soriya Kvann, pharmacienne	2025-09-28
	Sophie Goneau, pharmacienne	2025-10-10
	Christelle Robert, conseillère cadre en soins infirmiers au développement des outils cliniques	2025-12-10
	Valérie Duvernay, Directrice adjointe intérimaire - Direction des programmes de soins critiques et spécialisés (DPSCS) Coordonnatrice clinico-administrative - Blocs opératoires, Cliniques spécialisées, Endoscopies et Programme RAAC (récupération améliorée après chirurgie)	2025-09-28

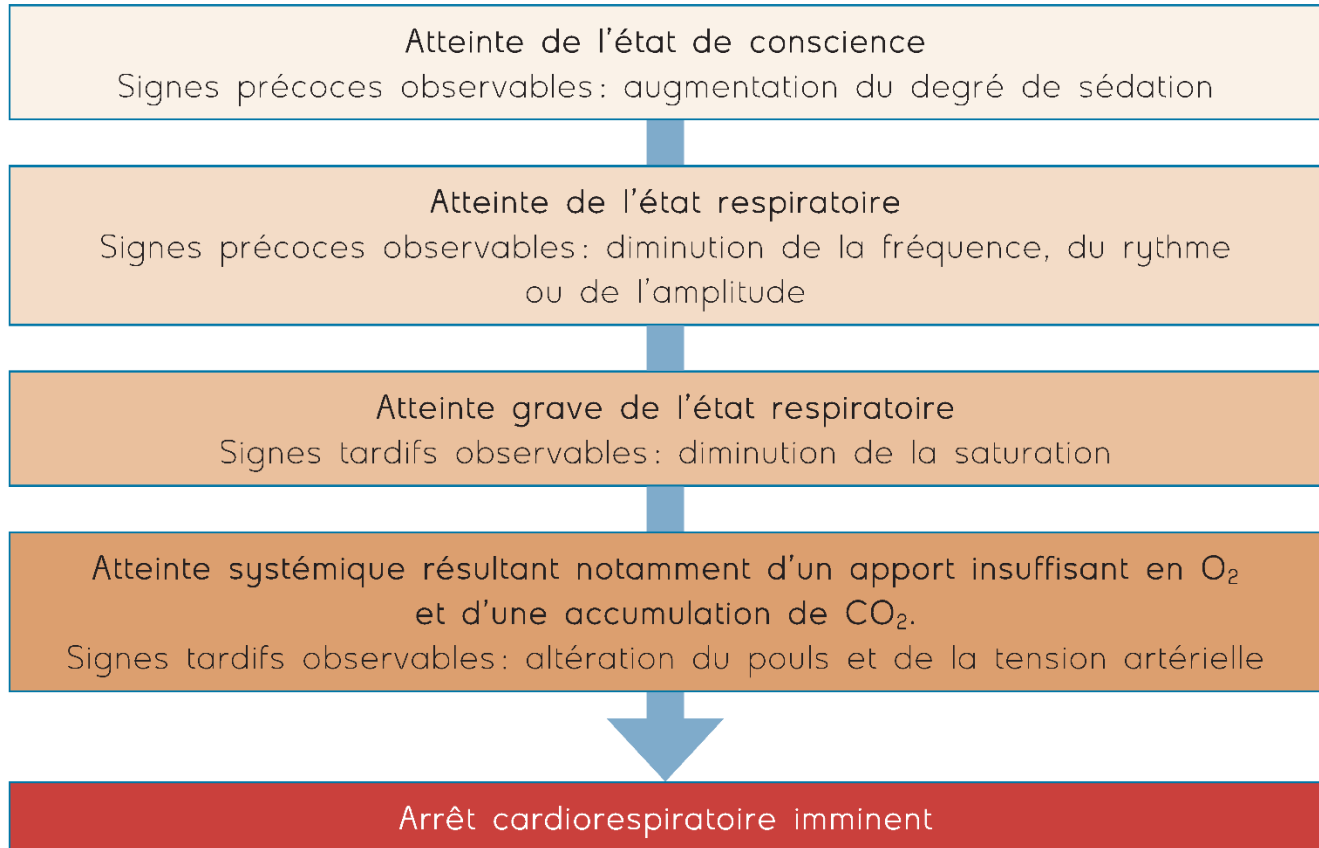
Historique du document		
Recommandé par la chef de département médicaux	 Dre Sonia Bourellis, Chef du département de médecine spécialisée	2025-12-13
Approuvé par	 Dre Claude Bourassa, présidente Conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes	2025-12-17
Commentaires		

Surveillance des signes vitaux et de l'état clinique de l'utilisateur lors d'administration de sédatif et d'analgésiques

Paramètres	Moments spécifiques
• Degré de sédation (Pasero) • Fréquence cardiaque (FC) • Tension artérielle (TA) • Saturation en oxygène • Respiration (fréquence, amplitude et rythme) • Absence de ronflements • Douleur • Niveau de confort • Réaction de l'utilisateur • Signes et symptômes de complication	1. La surveillance de la saturation en oxygène doit être effectuée en continu. 2. Immédiatement avant l'administration. 3. Immédiatement après l'administration de la 1^{re} dose et des doses subséquentes. 4. Toutes les 2 à 5 minutes jusqu'à la fin du pic d'action de la médication, et à intervalles plus rapprochés, au besoin selon la condition clinique de l'utilisateur. 5. Après l'examen : q 15 min. jusqu'à l'atteinte des critères de congé à deux reprises consécutives.

Aviser le médecin si : la saturation en oxygène est inférieure à 90 % ou 88 % pour un usager MPOC ou si le degré de sédation est supérieur ou égal à 3 ou si sa fréquence respiratoire est inférieure ou égale à 8 respirations/min.

SCHÉMATISATION DE LA PROGRESSION DE LA DÉPRESSION DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL



Source :

OIIQ, 2009, *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central – Avis*, 2ème Édition, p.10