Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

SEDATION ET ANALGESIE PROCEDURALE PAR VOIE INTRANASALE PEDIATRIE URGENCE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATION

Usager nécessitant **une analgésie et une sédation légère (niveau de sédation égal à 1)** avant d'effectuer une technique douloureuse et pouvant être anxiogène

PRÉ-REQUIS

L'administration intranasale (IN) nécessite les mêmes précautions que l'administration IV

- Inhalothérapeute présent durant l'administration de l'analgésie et de la sédation jusqu'au pic d'action ou un deuxième professionnel de la santé différent de celui qui fait la technique auprès de l'usager en l'absence de l'inhalothérapeute
- Chariot de réanimation pédiatrique à proximité et O_2 et succion fonctionnelles et saturométrie

CONTRE-INDICATIONS

- Usager de moins d'un an
- Épistaxis, anatomie anormale des voies nasales
- Altération de l'état de conscience, instabilité hémodynamique, troubles respiratoires
- Allergie au fentanyl ou au midazolam, réaction paradoxale au midazolam

TRAITEMENT

- Toilette nasale avant l'administration intranasale au besoin
- Utilisation d'un dispositif MAD-300 pour l'administration (espace mort de 0,1 mL)
- Volume d'administration possible avec dispositif MAD-300 de 0,2 à 1 mL par narine
- Diviser la dose également entre les 2 narines, maximum 1 mL par narine
- Administrer la dose rapidement en 1 à 2 secondes

MÉDICAMENTS : le médecin complète l'OIPI au fur et à mesure selon l'évolution clinique

- Le fentanyl est administré en premier car le midazolam peut être irritant pour la muqueuse nasale
- Prélever 0,1 mL de plus que la dose prescrite afin de combler l'espace mort du dispositif
- Pic d'action de la voie intranasale est entre 5 à 20 minutes pour une durée d'action de 60 minutes
  se référer au CLI-60796 – Surveillance clinique et signes vitaux pédiatrique

Heure : _____
HH : MM

_____ Fentanyl sol. Inj. 50 mcg/mL (1 mcg/kg, max : 50 mcg) _____ mcg IN x 1 dose
Initiales

_____ Midazolam sol. Inj. **5 mg/mL** (0,2 mg/kg, max : 5 mg combiné à fentanyl) _____ mg IN x 1 dose
Initiales

_____ Midazolam sol. Inj. **5 mg/mL** (0,4 mg/kg, max : 10 mg monothérapie) _____ mg IN x 1 dose
nitiales

Heure : _____ **Si douleur n'est pas soulagée après 20 à 30 minutes**
HH : MM

_____ Fentanyl (0,5 à 1 mcg/kg, max : 50 mcg) _____ mcg IN x 1 dose
Initiales

Heure : _____ **Si niveau de sédation égal à 1 ou 0 après 20 à 30 minutes**
HH : MM

_____ Midazolam (0,1 mg/kg, max : 5 mg) _____ mg IN x 1 dose
Initiales Dose maximale cumulative de 0,4 mg/kg jusqu'à un maximum de 10 mg)

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis

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

SEDATION ET ANALGESIE PROCEDURALE
PAR VOIE INTRANASALE
PEDIATRIE URGENCE
(SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

ANTIDOTES

Heure : _____
HH : MM

_____ Naloxone (0,01 mg/kg, max : 0,4 mg) _____ mg IV x 1 dose (IM possible si voie IV non disponible)
Initiales

_____ Flumazénil (0,01 mg/kg, max : 0,2 mg) _____ mg IV x 1 dose
Initiales
Au besoin, répéter à intervalle d'une minute jusqu'à une dose cumulative de 0,05 mg/kg ou 1 mg

Note : Indication du flumazénil = Instabilité hémodynamique secondaire aux benzodiazépines. Le traitement de l'insuffisance respiratoire isolée secondaire aux benzodiazépines est un traitement de support, en raison du risque de convulsions secondaires au flumazénil. Il n'y a pas de dose pédiatrique par voie IM ou IN.

Surveillance post antidote

- Suivre les indications du médecin pour surveiller le risque de récidive de toxicité
- Si naloxone, surveillance minimale de 1 heure et si flumazénil, surveillance minimale de 2 heures
- Puis, faire revoir par le médecin pour le congé

SURVEILLANCE

La surveillance respiratoire doit être assurée par un inhalothérapeute ou un deuxième professionnel de la santé différent de celui qui fait la technique auprès de l'usager.

Avant l'administration : : L'infirmière doit évaluer : le niveau de sédation, la TA, FC, FR, amplitude respiratoire, saturation, échelle de douleur. S'assurer que le bracelet d'identification est conforme et effectuer la DVI du médicament à administrer.

Pendant l'administration jusqu'au pic d'action (15 premières minutes) : L'inhalothérapeute ou le deuxième professionnel assure la surveillance et note le niveau de sédation, FR, amplitude respiratoire, saturation, la FC et la TA q 5 min. Au besoin, une saturation en continue et audible en tout temps peut être installée.

Post pic d'action : L'infirmière doit évaluer : niveau de sédation, FR, amplitude respiratoire, échelle de douleur q 15 min pour un minimum de 1 heure après la dernière dose, puis faire revoir par le médecin pour le congé

Interventions à faire pendant et/ou après la procédure : SI SATURATION ≤ 94% ET/OU FRÉQUENCE RESPIRATOIRE
Avant 1 an < 15/min, **1-5 ans** < 12/min, **Après 5 ans** < 10/min

- S'assurer que les voies aériennes sont perméables et stimuler l'usager
- Administrer O_2 pour saturation ≥ 94%
- Surveiller et noter chaque 5 min l'état respiratoire, le pouls, la saturation, la TA jusqu'au retour à la normal
- Aviser le médecin

Échelle de sédation
0 = Éveillé
1 = Légère (s'endort mais ouvre les yeux spontanément)
2 = Modéré (ouvre les yeux avec stimulation légère verbale et tactile)
3 = Sévère (ouvre les yeux avec stimulation douloureuse)
4 = Profonde (n'ouvre pas les yeux malgré stimulation verbale ou douloureuse)

_____ _____ _____
Date et heure (aaaa/mm/jj) Signature du prescripteur # permis

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