

PROTOCOLE INFIRMIER RELIÉ À L'ORDONNANCE COLLECTIVE CONCERNANT L'ADMINISTRATION DE NALOXONE	
Objet :	Surveillance clinique des usagers qui reçoivent des analgésiques opiacés ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (SNC)
Code	PI-006
Intervenants concernés :	Infirmières et infirmiers CSSS Richelieu-Yamaska
Préparé par :	Conseillères de la DQSIPP
Date :	27 mars 2009

Objet :

- Assurer la surveillance clinique des usagers qui reçoivent des analgésiques opiacés ayant un effet dépressif sur le système nerveux central;
- Suivre l'évolution de l'état de santé de l'utilisateur sous thérapie médicamenteuse;
- Déceler précocement toute complication;
- Ajuster le plan thérapeutique infirmier lorsque c'est nécessaire.

Intervenants concernés :

Responsabilité de l'infirmière

- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier. (Art. 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers)

Responsabilité de l'infirmière auxiliaire

- Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs (Art. 37p, Code des professions)

Clientèle visée :

Les usagers recevant l'administration d'opiacés par voie parentérale (intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée, administration continue parentérale, péridurale) et transdermique.

Lors de l'administration d'un analgésique narcotique ou lors de la modification de cette médication dans des situations de douleur aiguë ou chronique.

Une exception est faite pour la clientèle des soins palliatifs ou terminaux et lorsqu'une ordonnance individuelle standardisée est présente.

Clientèle à risque de dépression respiratoire suite à l'administration d'opiacés :

- les personnes âgées de plus de 70 ans;
- les personnes naïves aux opiacés (qui débutent la médication depuis moins d'une semaine);
- les personnes souffrant de maladies pulmonaires;
- les personnes souffrant d'apnée du sommeil;
- les personnes présentant de l'obésité morbide (IMC>35);
- les personnes atteintes d'insuffisance hépatique ou rénale;
- les personnes présentant une douleur intense qui cesse subitement (ex. : réduction de fracture);
- les personnes ayant subi un traumatisme crânien;
- les bébés âgés de moins de 6 mois;
- les personnes qui reçoivent des médicaments pouvant entraîner une dépression du système nerveux central, combinés aux opiacés : benzodiazépine, barbituriques, antidépresseurs, antiémétiques, antihistaminiques;
- les personnes ayant consommé récemment de l'alcool ou des drogues illicites;
- les personnes présentant des troubles neurologiques et/ou neuromusculaires.

Conditions d'application :

Cette surveillance ne doit pas réduire les efforts pour soulager la douleur.

- L'application du protocole s'actualise durant la prise d'analgésiques opiacés pendant les premiers 24 heures suivant le début de la médication. Par la suite, on ajuste la fréquence de surveillance selon la condition clinique de l'utilisateur. Pour la médication transdermique, la surveillance s'effectue pendant les premiers 48 heures suivant le début de la médication ou lors de l'ajustement à la hausse de la médication.
- L'application du protocole se poursuit lors de la prise d'une médication ayant un effet dépressif sur le SNC combiné avec un analgésique opiacé.
- Le présent protocole est appliqué chaque fois qu'une prescription de narcotiques est modifiée.
- Selon le jugement clinique de l'infirmière :
 1. Lors d'une nouvelle ordonnance d'un opiacé par voie parentérale, l'infirmière clarifie la situation clinique de l'utilisateur;
 2. Elle met en application le présent protocole qu'elle inscrit au plan thérapeutique infirmier;
 3. L'infirmière suit l'algorithme concerné de la surveillance clinique de la dépression respiratoire;
 4. Elle dépiste rapidement les signes d'une dépression respiratoire;
 5. Elle intervient selon les indications qui suivent.

Lignes directrices :

Avant d'administrer la médication, l'infirmière doit :

- Connaître les classes médicamenteuses entraînant une dépression du SNC;
- Savoir administrer de façon sécuritaire les opiacés;
- Connaître les paramètres de surveillance et être capable de les évaluer auprès de l'utilisateur;
- Être en mesure de déceler l'effet dépressif de ces médicaments sur le SNC;
- Connaître et appliquer les mesures de prévention des complications;
- Être capable d'intervenir en cas de détérioration de l'état de santé de l'utilisateur;
- Savoir consigner adéquatement les données au dossier de l'utilisateur;

- Être capable de dépister rapidement les signes précurseurs d'une détresse respiratoire.

PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE CLINIQUE :

a) Évaluation de la douleur à l'aide du PQRST

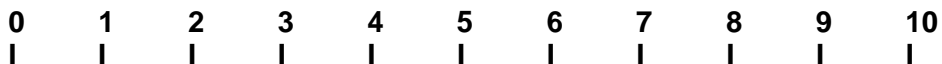
- Lors de l'admission
- Lorsque la douleur provient d'un site non relié à la maladie ou à la chirurgie
- Lorsque la douleur change soudainement
- Avant le début de l'administration de la médication opiacée

Questions à poser à un usager qui présente une douleur : PQRST-U

PQRST-U	Questions
P : Provoquer/Pallier	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui a provoqué votre douleur? • Que faisiez-vous lorsque la douleur est apparue? • Qu'est-ce qui aggrave votre douleur? • Qu'est-ce qui aide à soulager votre douleur? • Est-ce la première fois que cela vous arrive?
Q : Qualité/Quantité	<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez-moi votre douleur. • Quelle est la sensation que vous ressentez? • À combien évaluez-vous votre douleur sur une échelle de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur insupportable)?
R : Région et irradiation	<ul style="list-style-type: none"> • À quel endroit ressentez-vous de la douleur? • Pointez cette région avec votre doigt. • Est-ce que vous ressentez de la douleur ailleurs?
S : Signes et symptômes associés	<ul style="list-style-type: none"> • Ressentez-vous d'autres malaises en plus de cette douleur? • Prendre les signes vitaux et observer l'usager pour documenter les signes associés (ex. : expression faciale, position du corps, etc.)
T : Temps	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis quand avez-vous de la douleur? • Est-ce que votre douleur est continue ou intermittente? Si elle est intermittente, à quels moments de la journée la ressentez-vous?
U : Understand (signification pour le client)	<ul style="list-style-type: none"> • De quel problème croyez-vous qu'il s'agit? (Un usager qui a vécu une expérience antérieure similaire ou qui souffre d'un problème de santé chronique se connaît très bien) • Demander à l'usager s'il a d'autres douleurs connues et s'il a des traitements associés à ces problèmes, le cas échéant.

b) Évaluation de l'intensité de la douleur à l'aide de l'échelle :

Échelle numérique de l'intensité de la douleur déterminée par l'utilisateur

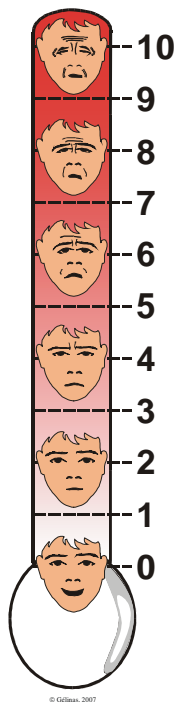


- 0 : Aucune douleur
- 2 : Douleur légère
- 4 : Douleur modérée
- 6 : Douleur sévère
- 8 : Douleur très sévère
- 10 : Douleur insupportable

ou

Échelle d'expressions faciales :

- 10 : Douleur intolérable
- 8 : Douleur très sévère
- 6 : Douleur sévère
- 4 : Douleur modérée
- 2 : Douleur légère
- 0 : Aucune douleur



c) Évaluation de la sédation :

Échelle de sédation	
Niveau de sédation	Description
S	Sommeil normal, éveil facile
1	Éveillé et alerte
2	Parfois somnolent, éveil facile
3	Somnolent, s'éveille mais s'endort durant la conversation
4	Endormi profondément, s'éveille difficilement ou pas du tout à la stimulation

Source : Pasero et McCaffery, 1994

Note : les niveaux 3 et 4 constituent des niveaux de sédation élevés

d) État respiratoire :

- Fréquence
- Rythme (régulier, irrégulier)
- Amplitude (symétrique, elle peut être profonde, superficielle ou normale.)
- Ronflements
- Saturation pulsatile en oxygène

ATTENTION

Bien qu'il soit utile, la fiabilité du saturomètre chute lorsqu'il y a un apport en O₂ (Weinger, 2006). C'est pourquoi son utilisation est fiable seulement pour les clients qui ne sont pas sous O₂. De plus, cet appareil ne détecte pas l'altération de l'état respiratoire (ex. : changement de la fréquence respiratoire, pauses respiratoires), mais seulement ses conséquences tardives. Il ne détecte pas non plus l'accumulation de CO₂ dans le sang (Hutchison et Rodriguez, 2008, Weinger, 2006).¹

¹ *Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central*, OIIQ, 2^{ème} édition 2009

« Aucun instrument de mesure (tension artérielle, saturation pulsatile en oxygène) ne peut remplacer l'évaluation *de visu* du niveau d'analgésie et surtout du niveau de somnolence des patients ayant reçu des opiacés par voie intraveineuse, et ce, particulièrement la nuit. »²

² *L'analgésie à l'urgence, Lignes directrices du Collège des médecins du Québec*, Collège des Médecins du Québec.

La tension artérielle et le pouls :

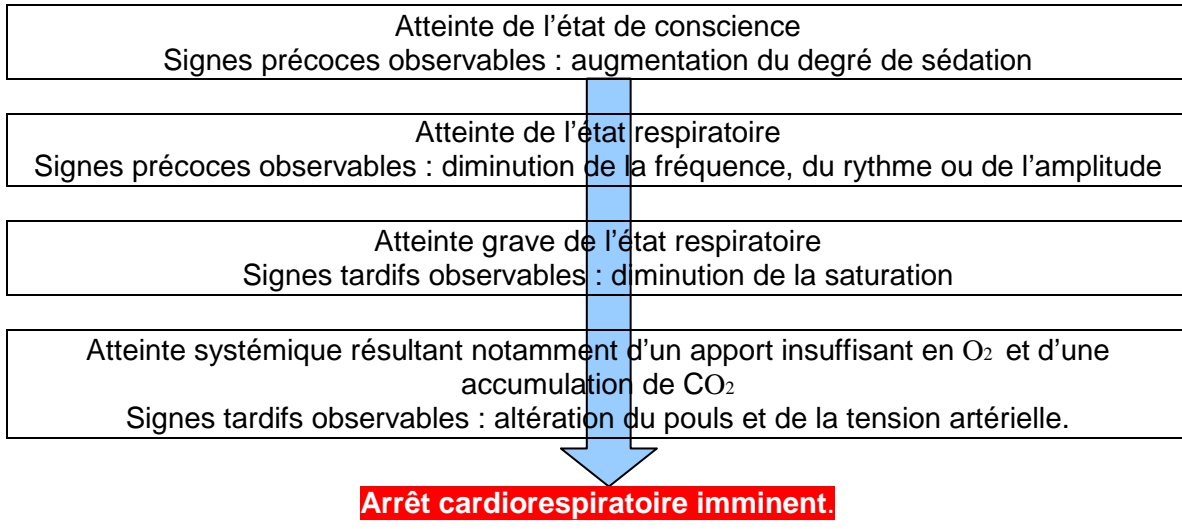
Ces paramètres doivent être **mesurés avant la prise d'opiacés** pour obtenir des données de référence afin de les comparer au moment d'évaluations subséquentes. La tension artérielle et le pouls n'ont pas à être pris à chaque évaluation qui suit la prise d'opiacés, car l'altération de ces paramètres est un signe tardif de dépression du système nerveux central.

Surveillance particulière lors d'une dépression respiratoire

Définition : réduction de la fréquence et de l'amplitude respiratoires (annexe 1) pouvant s'accompagner de forts ronflements ou de périodes d'apnée, et/ou par une diminution de la saturation pulsatile en oxygène (SpO₂) de 91 % ou moins. Elle est généralement précédée d'un état de somnolence important.

Pour un usager présentant une maladie pulmonaire obstructive chronique, se référer à la saturation mesurée avant l'administration du médicament. Si la saturation est diminuée de 5 %, la surveillance et les interventions prioritaires doivent être les mêmes que lorsque le niveau de sédation est ≥ 3 .

SCHÉMATISATION DE LA PROGRESSION DE LA DÉPRESSION DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL



¹Surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central, OIIQ, 2^{ème} édition 2009

Tout usager qui présente un niveau de sédation ≥ 3 ou qui ronfle très fort requiert une intervention immédiate de la part de l'infirmière et de l'équipe soignante pour éviter que la somnolence dégénère en dépression respiratoire. De plus, le médecin doit être informé de l'évolution de son état de santé.

Méfiez-vous des ronflements

La présence de ronflements n'est pas nécessairement un signe de bien-être. Au contraire, les forts ronflements peuvent indiquer une dépression respiratoire associée à l'obstruction des voies aériennes par la langue. Cette obstruction mène à l'hypercapnie, le gaz carbonique étant expulsé de façon insuffisante, et à l'hypoxie, l'affaissement de la langue réduisant l'entrée d'oxygène. Par la suite, l'acidose respiratoire s'installe et peut conduire à l'arrêt cardiorespiratoire.

L'infirmière doit porter une attention toute particulière à un usager à qui on a administré un opiacé seul ou avec d'autres médicaments ayant un effet dépresseur sur le SNC et qui présente des ronflements.

Interventions préventives :

- Lorsque prescrit : utiliser de façon concomitante un analgésique opiacé avec un analgésique non opiacé (ex. : acétaminophène, anti-inflammatoire non stéroïdien). Cette mesure permet de favoriser un soulagement optimal de la douleur tout en réduisant les risques de dépression respiratoire par l'administration de plus faibles doses d'opiacés.
- Augmenter la surveillance lors de l'administration simultanée de plusieurs médicaments entraînant une dépression du système nerveux central.
- Installer l'usager en position latérale, la tête du lit étant élevée à 30° pendant son sommeil, afin de prévenir une obstruction des voies aériennes par la langue.

Surveillance clinique (Annexe 2) :

▸ Évaluation de base avant l'instauration de la médication

Chez tous les usagers recevant un opiacé, la surveillance des paramètres fondamentaux suivants est requise avant l'administration de la médication (comme point de comparaison lors des mesures subséquentes) :

- Évaluation de la douleur et de son intensité;
- Échelle de sédation;
- Tension artérielle, pouls;
- État respiratoire : fréquence, rythme (régulier, irrégulier), amplitude (symétrique, elle peut être profonde, superficielle ou normale.), présence de ronflements/périodes d'apnée;
- Saturation pulsatile en oxygène.

Surveillance d'un usager qui reçoit un opiacé par voie transdermique :

Paramètres à surveiller :

Évaluation de base avant l'instauration de la médication afin d'avoir des données de base comparatives

Puis :

Paramètres de surveillance :

1. L'évaluation de l'intensité de la douleur;
2. L'évaluation du niveau de sédation;
3. l'évaluation de l'état respiratoire, soit :
 - la fréquence,
 - le rythme,
 - l'amplitude (S= superficielle, P= profonde, N= Normale),
 - la présence de ronflement,
 - la saturation pulsatile en O₂

Fréquence de la surveillance :

- Aux 4 heures pour les 48 premières heures;
- Ajuster la fréquence de l'évaluation selon la condition de l'usager;
- Reprendre la fréquence initiale de surveillance chaque fois que la dose est augmentée de façon importante (>50 %).

Surveillance d'un usager qui reçoit un opiacé per os et intrarectale :

Paramètres à surveiller :

Évaluation de base avant l'instauration de la médication afin d'avoir des données de base comparatives.

Au pic d'action :

1. L'évaluation de l'intensité de la douleur;
2. L'évaluation du niveau de sédation;
3. L'évaluation de l'état respiratoire, soit :
 - la fréquence,
 - le rythme,
 - l'amplitude (S= superficielle, P= profonde, N= Normale),
 - la présence de ronflement,
 - la saturation pulsatile en O₂

Fréquence de la surveillance :

- Répéter cette évaluation à chaque dose pour les 24 premières heures, puis ajuster la fréquence de l'évaluation selon la condition de l'utilisateur;
- Reprendre la fréquence initiale de surveillance chaque fois que la dose est augmentée de façon importante (>50 %) ou qu'il y a un changement de molécule.

Surveillance d'un usager qui reçoit un opiacé par voie intramusculaire ou sous-cutanée :

Paramètres à surveiller :

Évaluation de base avant l'instauration de la médication afin d'avoir des données de base comparatives.

Puis :

Paramètres de surveillance :

1. L'évaluation de l'intensité de la douleur;
2. L'évaluation du niveau de sédation;
3. L'évaluation de l'état respiratoire, soit :
 - la fréquence,
 - le rythme,
 - l'amplitude (S= superficielle, P= profonde, N= Normale),
 - la présence de ronflement,
 - la saturation pulsatile en O₂

Fréquence de la surveillance :

- Au pic d'action et ensuite à intervalle de 1heure pour toute la durée d'action de l'opiacé administré (cette durée d'action peut doubler en présence d'insuffisance rénale ou hépatique) :
 - Ajuster ensuite la fréquence de l'évaluation selon la condition de l'utilisateur;
 - Répéter cette évaluation à chaque dose pour les 24 premières heures;
 - Reprendre la fréquence initiale de surveillance chaque fois que la dose est augmentée de façon importante (>50 %) ou qu'il y a un changement de molécule.

Surveillance d'un usager qui reçoit un opiacé par voie intraveineuse :

Paramètres à surveiller :

Évaluation de base avant l'instauration de la médication afin d'avoir des données de base comparatives.

Puis :

Paramètres de surveillance :

1. L'évaluation de l'intensité de la douleur;
2. L'évaluation du niveau de sédation;
3. L'évaluation de l'état respiratoire, soit :
 - la fréquence,
 - le rythme,
 - l'amplitude (S= superficielle, P= profonde, N= Normale),
 - la présence de ronflement,
 - la saturation pulsatile en O₂

Fréquence de la surveillance :

- Toutes les 5 minutes jusqu'au pic d'action de l'opiacé administré;
- Ensuite, toutes les 15 minutes pendant la durée d'action de l'opiacé administré;
- Ajuster ensuite la fréquence de l'évaluation selon la condition de l'utilisateur;
- Répéter cette évaluation à chaque dose administrée.

Fréquence de la surveillance chez les usagers recevant des narcotiques			
Médication transdermique	Médication intraveineuse	Sous-cutanée, intramusculaire	Paramètres de surveillance
Avant l'administration du médicament (évaluation initiale : ajouter TA, FC) Lors d'un changement de dosage q 4 heures par la suite	Avant l'administration du médicament (évaluation initiale : ajouter TA, FC) Lors d'un changement de dosage q 5 min. ad pic d'action q. 15 min. pendant la durée d'action de l'opiacé	Avant l'administration du médicament (évaluation initiale : ajouter TA, FC) Lors d'un changement de dosage Au pic d'action q 1 heure pour la durée d'action de l'opiacé	État respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fréquence ▪ Rythme ▪ Amplitude ▪ Ronflements/apnée ▪ Saturation pulsatile en O₂ Évaluation de la douleur Évaluation de la sédation
N/A	Par la suite, si sédation ≤ à 2		
	Tous les 4 heures ou plus selon l'état clinique		Signes vitaux (TA FC) Évaluation de l'intensité de douleur Évaluation de la sédation État respiratoire : FR, amplitude respiratoire Saturation pulsatile en O ₂ ronflements/ apnée
Si sédation ≥ 3 q 15 minutes jusqu'à éveil facile ou selon la prescription médicale			Signes vitaux (TA, FC, FR, saturation pulsatile en O ₂) Évaluation de la douleur Évaluation de la sédation Amplitude respiratoire Présence de ronflements/ période d'apnée

La surveillance de l'état clinique repose sur un ensemble de facteurs.

Lorsque l'utilisateur est stable, qu'il présente une respiration régulière de fréquence et amplitude normale, ainsi qu'une TA et une saturation adéquates, l'évaluation de la sédation se fait aux heures le jour et aux 4 heures la nuit.

Effets secondaires des opiacés

Les opiacés peuvent avoir des effets de divers ordres sur les différents systèmes de l'organisme.

Système nerveux central : perturbation de la fonction intellectuelle, (hallucination, agitation, confusion) si les doses sont fortes, euphorie, dépression respiratoire, nausées et vomissements, myoclonies (surveiller), hyperalgésie (attention).

Système respiratoire : bronchospasme consécutif à la libération d'histamine, suppression de la toux.

Système gastro-intestinal : nausées et vomissements ; diminution de la motilité gastrique et intestinale ; constipation ; spasme du sphincter d'Oddi.

Système cardiovasculaire : vasodilatation, dépression myocardique selon l'agent administré, effet chronotrope positif.

Système cutané : érythème au site de l'injection dû à la libération d'histamine et qui ne doit pas être considéré comme une allergie, prurit non allergique, bouffée congestive (*flushing*).

Il est important d'informer l'utilisateur des effets indésirables les plus fréquents des opioïdes.

À titre informatif : Dans notre CSSS, l'infirmière applique des ordonnances individuelles standardisées concernant l'administration des opiacés. (Voir liste annexe 6)

Interventions prioritaires en cas de détérioration de l'état de santé de l'utilisateur

Auprès d'un client qui présente un niveau de sédation ≥ 3 et/ou fréquence respiratoire < 8 et/ou Saturométrie ≤ 91 %, et/ou période d'apnée ≥ 10 secondes :

- Aviser le médecin traitant immédiatement;
- Aviser l'inhalothérapeute, s'il y a lieu;
- Cesser immédiatement l'administration d'opiacés, enlever le timbre, s'il y a lieu;
- Assurer le dégagement des voies aériennes;
- Administrer de l'oxygène avec masque à 100 % (OC-TSS-09) ou à la concentration maximale selon l'installation;
- Assurer une surveillance continue par un membre du personnel soignant auprès de l'utilisateur;
- Stimuler et encourager l'utilisateur à prendre des inspirations profondes;
- Lui administrer du naloxone (Narcan, antagoniste des opiacés), selon l'ordonnance collective OC-TSS-09 ou selon les indications du médecin;
- Évaluer et consigner au dossier les paramètres de surveillance aux 15 minutes.

Documentation :

- Consigner au dossier de l'utilisateur toutes les données pertinentes relatives à l'évaluation de son état de santé;
- Référencer au glossaire (annexe 1);
- Documenter rigoureusement toutes les interventions ainsi que les résultats obtenus;
- Utiliser le formulaire Paramètres fondamentaux (annexe 2);
- Consulter l'algorithme concerné (annexe 4).

Au Plan Thérapeutique Infirmier inscrire :

- Problème ou besoin prioritaire :
 - Risque de dépression respiratoire.
- Directives infirmières :
 - Appliquer le protocole infirmier *Surveillance clinique des usagers qui reçoivent des analgésiques opiacés*;
 - Aviser l'infirmière si détérioration ou changement des paramètres de surveillance.

- Directives au plan de travail du préposé aux bénéficiaires :
 - Aviser l'infirmière si ronflements, changement de la fréquence respiratoire ou altération de l'état de conscience.

Consultation :

- Dr Marie-Ève Demers, urgentologue
- Luc Lafantaisie, pharmacien
- Membres du groupe de travail sur l'utilisation des opiacés :
Mesdames Nathalie Bachand, Hélène Demers, Louise Fagnant, Sylvie Girouard,
Judith Lecours, Sylvie Provost et Chantal Valois
- Membres du CECII
- Conseillères à la DQSIPP
- Membres de l'exécutif du CMDP
- Membres du comité de direction du CSSS Richelieu-Yamaska

Adoption

Original signé

Directrice de la qualité, des soins infirmiers
et des pratiques professionnelles

Date

Révision :

Date 27 mars 2009

Références :

Avis sur la surveillance des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, (SNC) 2^e édition 2009.

Présentation : *La surveillance clinique des clients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Mise à jour concernant les opiacés septembre 2008.

PRN comprendre pour intervenir, Guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières, Comité jeunesse, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Guide clinique en soins infirmiers, CHUM, 2^e édition, 2005.

Surveillance des patients adultes recevant des analgésiques narcotiques et non narcotiques autres que SAPO, Hôpital Charles-Lemoyne, 18 oct. 2004.

Surveillance clinique des patients qui reçoivent des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central, Hôpital Charles Lemoyne, Avril 2008.

Une médecine de qualité au service du public, L'analgésie à l'urgence Lignes directrices du Collège des médecins, Collège des médecins du Québec, mars 2006.

Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé, Utilisation des opiacés en milieu hospitalier, Groupe de travail sur l'analyse de situations de décès reliés à l'utilisation d'analgésiques opiacés, Rapport du groupe de travail version finale, juin 2006.

Surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale, ou si pertinent, de médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, décembre 2006.

Céline GÉLINAS, inf. Ph. D. et BESNER, Gisèle, inf. M. Sc, *L'évaluation et le soulagement de la douleur aiguë et chronique : le rôle primordial de l'infirmière*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Activité de formation continue, Guide du participant 2007-2008.

Glossaire

Accident	Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.
Amplitude respiratoire	Correspond au mouvement thoracique effectué pour déplacer le volume d'air courant chez l'adulte en santé. L'amplitude pulmonaire doit être symétrique. Elle peut être profonde, superficielle ou normale.
Analgésie titrée :	Analgésie intraveineuse administrée par petites doses répétées jusqu'à l'effet désiré.
Analgésie	Abolition de la sensibilité à la douleur.
Dépression respiratoire	Peut être le résultat de l'effet dépressur du système nerveux central (SNC) que peuvent provoquer certains médicaments, dont les opiacés, les benzodiazépines, les barbituriques, les neuroleptiques, les antidépresseurs, les antiémétiques et les antihistaminiques.
Détresse respiratoire	Se retrouve dans plusieurs états pathologiques, notamment les infections pulmonaires ainsi que l'insuffisance pulmonaire ou cardiaque terminale. Elle peut être présente également en phase terminale lorsqu'il y a un encombrement bronchique important.
Narcose	Sommeil provoqué artificiellement par un narcotique.
Narcotique	Substance chimique médicamenteuse ou non, caractérisée par ses effets sur le système nerveux. Parmi les narcotiques qui sont des médicaments, on retrouve essentiellement les analgésiques centraux à base de morphine ou de ses dérivés.
Opiacé	Substance chimique dérivée de l'opium et utilisée en thérapeutique. Les opiacés sont avant tout des analgésiques qui agissent directement sur le système nerveux central.
Ordonnance collective	Une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de patients ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles.

Ordonnance individuelle	Une prescription donnée par un médecin à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un patient, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles.
Parentérale	Qui s'administre par une voie autre que la voie digestive. L'administration parentérale d'une substance médicamenteuse peut se faire par injection intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée, par exemple.
Pharmacocinétique	Qui a trait au devenir des médicaments dans l'organisme (absorption, fixation, transformation, élimination).
Protocole	La description des procédures, méthodes, limites ou normes applicables pour une condition particulière dans un établissement et relié à une ordonnance.
Saturométrie	Mesure de la quantité d'oxygène présente dans le sang à l'aide d'un appareil qui donne une lecture de la saturation en oxygène de l'hémoglobine.
Sédation	Apaisement d'une douleur physique ou morale, d'un état anxieux.

Informations à consigner sur la feuille des paramètres fondamentaux

RECTO

F. respiratoire : noter fréquence respiratoire ex : 18

Saturation : noter le % de saturation

O₂/AA : Oxygène ou air ambiant : noter O₂ ou AA

VERSO :

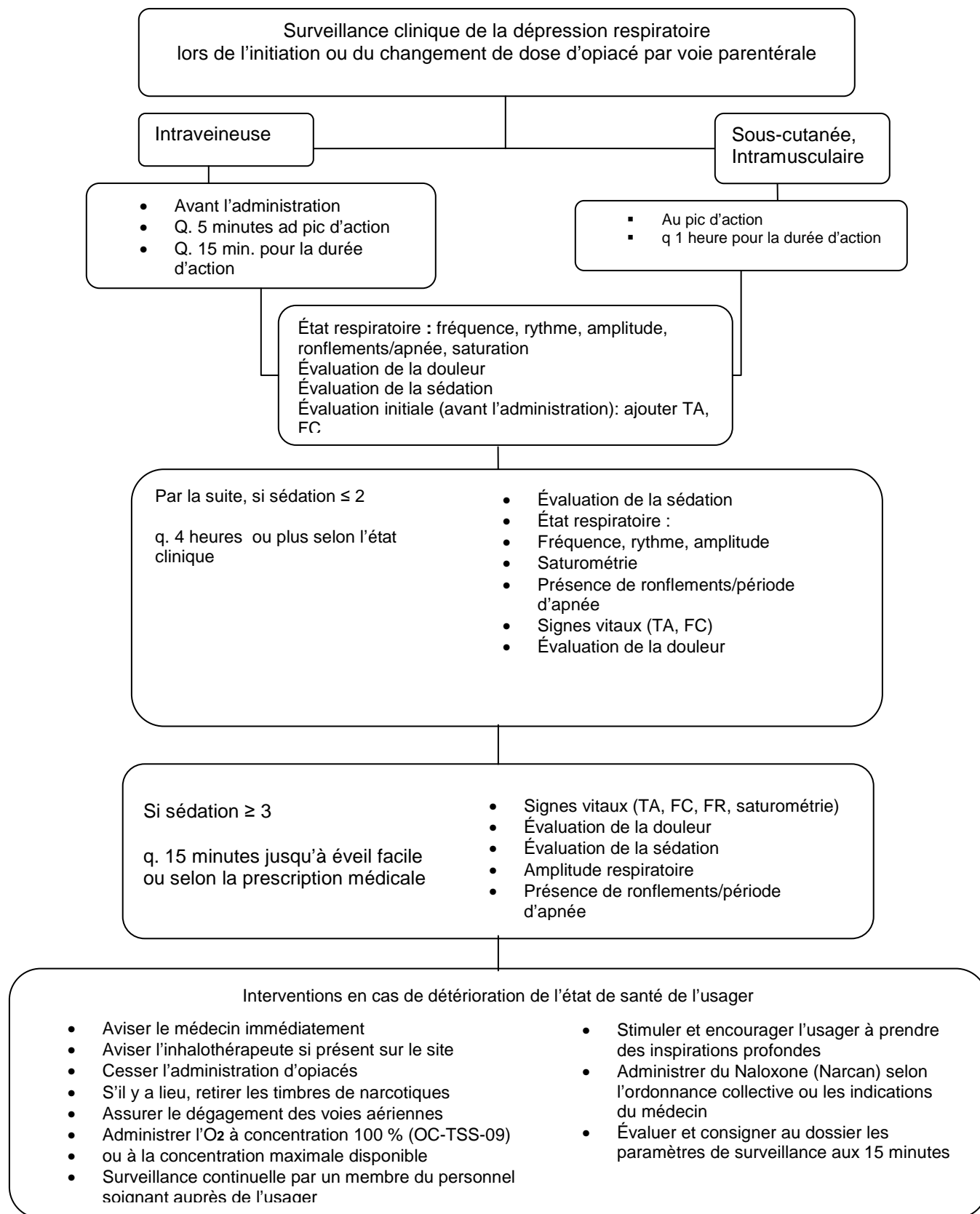
Amplitude respiratoire : noter S= superficielle, P= profonde, N= normale

Épisode d'apnée : P= présence, A= absence

Ronflements : P= présence, A= absence

Naloxone (Narcan) : √ lorsque donné

ALGORITHME



Il est à noter que lors de l'ajustement de la posologie d'un opiacé intraveineux par titrage ou à la suite d'une augmentation de 50 % ou plus de la dose administrée, la période d'une heure suivant l'administration de la dose parentérale est considérée comme critique et requiert une surveillance accrue.

CINÉTIQUE DES OPIACÉS

Libération immédiate

Opiacé	Pic d'action				Fréquence d'administration (heure)	Durée d'action			
	IV (min.)	IM/SC (min.)	P.O. (min.)	IR (min.)		IV (heure)	IM/SC (heure)	P.O. (heure)	IR (heure)
Morphine	15	30-60	30-60	-	4-6	4-6	4-6	4-6	4-6
Hydromorphone	-	30-60	30-60	-	4-6	4-6	4-6	4-6	4-6
Codéine	-	30-60	60-90	-	4-6	4-6	4-6	4-6	4-6
Oxycodone	-	-	30-60	-	4-6	4-6	4-6	4-6	4-6
Mépidine	-	30-60	60-120	-	2-4	2-4	2-4	2-4	2-4
Fentanyl	5-10	-	-	-	1	.5-1	1-2	-	-

Libération prolongée

Opiacé	Pic d'action		Fréquence d'administration (heure)	Durée d'action (heure)
	P.O. (heure)	Transdermique (heure)		
Morphine (Ms Contin, M-Eslon)	4-6		12	12
Hydromorphone (Hydromorphe Contin)	4-6		12	12
Codéine (Codéine Contin)	4-6		12	12
Oxycodone (Oxycontin)	4-6		12	12
Méthadone (Méthadol)	1-2	-	4-12	24-48
Fentanyl Timbre transdermique	-	24	72	72

Ordonnance individuelle standardisée

OIS-ANE-01	Narcotique intrathécal/péridural (BOLUS) Anesthésiologie
OIS-ANE-02	Analgsie I. V. contrôlée le patient (A.C.P.) Anesthésiologie
OIS-ANE-03	Analgsie péridurale en perfusion continue Anesthésiologie
OIS-BSI-03	Sédation (protocole) Soins intensifs
OIS-CAR-02	Dobutamine (échographie de stress) Cardiologie
OIS-GYN-03	Analgsie péridurale Gynécologie
OIS-MEF-17	Analgsie péridurale obstétricale continue Mère-Enfant-Famille
OIS-MEF-21	Péridurale en perfusion (ordonnance) Mère-Enfant-Famille
OIS-MEF-22	Fentanyl IV durant le travail (administration) Mère-Enfant-Famille
OIS-PED-03	Analgsie contrôlée par le patient (A.C.P. pédiatrique) Pédiatrie
OIS-URG-04	Fentanyl (sédation procédurale) Urgence