



Diagnostic : _____

Aucune allergie connue : []
 (à cocher obligatoirement si applicable)

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ SC (m²) : _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg) : _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR) individuelle OU collective

FOPRI – 0153 – Soins palliatifs – Perfusion continue de morphine et midazolam (1 de 2)

Espace
 infirmier

Perfusion continue IV pour douleur, dyspnée, inconfort

Le niveau de soins est clairement statué avec le patient et/ou sa famille et l'objectif de traitement est le confort, sans tentative de réanimation cardiorespiratoire ni intubation.

PERFUSION CONTINUE

- Opiacé (morphine)
- Benzodiazépine (midazolam)

POMPE UTILISÉE

- Pousse-seringue
- Pompe signature
- ACI (analgésie contrôlée par infirmière)

MORPHINE : à majorer selon douleur ou dyspnée ou manipulation prévue

Solutions de base pour morphine :

Concentration finale : 1 mg/mL

Diluer _____ mg dans _____ mL (volume total) de NaCl 0,9%

Ex : 50 mg dans 50 mL pour pousse-seringue; 250 mg dans 250 mL pour pompe signature

Perfusion continue pour morphine : _____ mg/h = _____ mL/h

Calculer la dose totale de morphine (doses régulières + entre-doses en mg) donnée dans les 8 dernières heures et diviser par 10 = dose en mg par heure = dose en mL par heure OU si patient ne reçoit pas d'opiacés, débiter à 0,025 mg/kg/h

Dose de bolus : _____ mg ou _____ mcg _____ mL

Cette dose de bolus est à recevoir au besoin (PRN) selon le niveau de douleur du patient

Dose de bolus standard pour débiter : Morphine 0,025 mg/kg (max 2 mg)

Intervalle minimal entre les 2 bolus : 10 minutes

Bolus de départ : au moment de l'installation de la perfusion continue, administrer un bolus au patient si celui-ci est souffrant (même dose que bolus régulier)

Si patient non soulagé malgré perfusion continue et bolus standard, aviser médecin pour ajuster médication (augmentation de la perfusion ou augmentation des bolus selon le cas).

Relevé et télécopié à la pharmacie
 par :

Date : _____ Heure : _____

Signature du médecin ou professionnel autorisé à prescrire

Date et heure

No. de permis

*Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine
 La présence de carrés (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable
 La présence de [FADM] est une notation réservée à l'usage de la pharmacie*





Diagnostic : _____

Aucune allergie connue : []
 (à cocher obligatoirement si applicable)

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ SC (m²) : _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg) : _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR) individuelle OU collective

FOPRI – 0153 – Soins palliatifs – Perfusion continue de morphine et midazolam (2 de 2)

Espace
infirmier

MIDAZOLAM : à majorer selon anxiété, agitation, inconfort

Solutions de base pour midazolam :

Concentration finale : 1 mg/mL

Prendre solution pure 1 mg/mL pour pousse-seringue (50 mg/50 mL) **OU**

Diluer _____ mg dans _____ mL (volume total) de NaCl 0,9%

Ex : 250 mg dans 250 mL pour pompe signature

Perfusion continue pour midazolam : _____ mg/h = _____ mL/h

Calculer la dose totale de midazolam/lorazépam (doses régulières + entre-doses en mg) donnée dans les 8 dernières heures et diviser par 10 = dose en mg par heure = dose en mL par heure **OU** si pas ne reçoit pas de benzodiazépines, débiter à 0,020 mg/kg/h

Dose de bolus : _____ mg ou _____ mcg, soit _____ mL

Cette dose de bolus est à recevoir au besoin (prn) selon le niveau d'agitation ou d'inconfort du patient

Dose de bolus standard pour débiter : Midazolam 0,020 mg/kg (max 2 mg)

Intervalle minimal entre les 2 bolus : 10 minutes

Bolus de départ : au moment de l'installation de la perfusion continue, administrer un bolus au patient si celui-ci est anxieux/agité (même dose que bolus régulier)

Si patient non soulagé malgré perfusion continue et bolus standard, aviser médecin pour ajuster médication (augmentation de la perfusion ou augmentation des bolus selon le cas).

AUTRES : _____

Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Date : _____ Heure : _____

Signature du médecin ou professionnel autorisé à prescrire

Date et heure

No. de permis

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine
 La présence de carrés () indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable
 La présence de [FADM] est une notation réservée à l'usage de la pharmacie

