

# NEONATALOGIE - Analgésie Contrôlée par le Patient – FICHE DE SURVEILLANCE DES ENFANTS SOUS PCA

## Surveillance de la PCA \*

<b>Date :</b>		<b>Surveillance : toutes les heures,</b> <b>Surveillance scope obligatoire</b>																				
<b>Tolérance du traitement</b>	<b>Horaire</b>																					
	<b>Paraphe IDE</b>																					
	EVA/EVS/FLACC																					
	FR																					
	Score de sédation																					
	Nombre de bolus demandés cumulés																					
	Nombre de bolus reçus cumulés																					
<b>Effets Indésirables</b>	Dose cumulée de morphine en mg																					
	Nausées Vomissements : N/V																					
	Miction Selles : M/S																					
	Hallucinations Cauchemars : H/C																					
	Prurit : P																					
Autre :																						

\* **Remarque** : une ampoule de Naloxone doit être disponible en cas de besoin

<p><b><u>Douleur</u></b> Echelles d'auto-évaluation EVA de 0 à 10 EVS de 0 à 4 Pas de douleur 0 Douleur faible 1 Douleur moyenne 2 Douleur forte 3 Douleur très forte 4  Echelles d'hétéro-évaluation FLACC de 0 à 10 seuil de traitement =3/10</p>	<p><b><u>Score de sédation</u></b> S0 - Réveillé S1 - Somnolent S2 - Endormi, facilement éveillable par stimulation orale S3 - Endormi, éveillable par stimulation tactile ou verbale S4 - très endormi, non éveillable</p>	<p><b><u>Respiration</u></b> R0 - Fr &gt;10 et resp régulière R1 - Fr &gt;10 et resp irrégulière, ronflements R2 - Fr &lt; 10 et/ou resp irrégulière, obstruction, tirage R3 - Fr &lt; 8 et/ou pauses respiratoires</p>	<p><b><u>Surdosage CAT</u></b> Si score de sédation ≥ 2 et Fr &lt;10 (E &gt;5ans) ou FR &lt;15 (E entre 1 et 5ans) ou FR &lt;20 (E &lt;1an) : Arrêt des morphiniques, Stimuler l'enfant, O2 de 6 à 10 l/min Appel médecin et préparer une seringue de naloxone (1 amp de 0,4 mg/1ml + 9 ml sérum physiologique) On injectera 2ml d'emblée puis 1ml toutes les 3 min jusqu'à Fr &gt; 10</p>
---	---	---	--

RECOMMANDATIONS DE PRESCRIPTION INITIALE

Poids du patient : \_\_\_\_\_ Kg

Traitement :  Morphine  
 Autre : \_\_\_\_\_

*Etiquette Sigma du patient*

**Titration initiale :**

Dose de charge : **100 µg/kg** (sans dépasser 4 mg) soit \_\_\_\_\_ µg.

Puis bolus de **25 µg/kg** soit \_\_\_\_\_ µg, toutes les 5 minutes jusqu'à analgésie correcte.

Arrêter la titration si apparition d'une sédation.

PUIS PRESCRIPTION INITIALE POMPE PCA



**posologie en µg**

Utiliser systématiquement une valve anti-reflux

Données à entrer dans PCA

	Prescription initiale	Prescriptions ultérieures	
Date / heure	____ / ____ / ____ h	____ / ____ / ____ h	____ / ____ / ____ h
Voie d'administration	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> autre : _____ ↑	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> autre : _____ ↑	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> autre : _____ ↑
Type d'administration *entourer votre choix	<input type="checkbox"/> Continu * <input type="checkbox"/> Bolus seul * <input type="checkbox"/> Continu et bolus *	<input type="checkbox"/> Continu * <input type="checkbox"/> Bolus seul * <input type="checkbox"/> Continu et bolus *	<input type="checkbox"/> Continu * <input type="checkbox"/> Bolus seul * <input type="checkbox"/> Continu et bolus *
<b>Concentration<sup>(1)</sup></b>	_____ µg/mL	_____ µg/mL	_____ µg/mL
<b>Débit continu<sup>(2)</sup></b> (Prescription indicative 20µg/kg/h)	_____ µg/h	_____ µg/h	_____ µg/h
<b>Bolus<sup>(2)</sup></b> (Prescription indicative 20µg/kg)	_____ µg	_____ µg	_____ µg
<b>Période réfractaire<sup>(2)</sup></b> (Prescription indicative 6 minutes)	_____ minutes	_____ minutes	_____ minutes
<b>Dose limite 4 heures<sup>(2)</sup></b> (Compter 16 à 24 bolus sur 4h + débit continu des 4h)	_____ µg / 4h Ou aucune limite <input type="checkbox"/>	_____ µg / 4h Ou aucune limite <input type="checkbox"/>	_____ µg / 4h Ou aucune limite <input type="checkbox"/>
<b>Volume à perfuser<sup>(1)</sup></b>	_____ mL	_____ mL	_____ mL
<b>Fréquence de la surveillance<sup>(2)</sup></b>			
<b>Nom et signature du médecin</b>			
<b>Calcul contrôlé par :</b> (Noms / Signatures des <u>2 IDE</u> )			
<b>Programmation de la pompe par :</b> (Noms / Signatures des <u>2 IDE</u> )			
<b>Changement de la tubulure</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) A remplir par l'IDE/IPDE

(2) A remplir par le médecin

A chaque changement d'équipe la programmation de la pompe est vérifiée et tracée.  
Chaque jour à 9h, la pompe est remise à zéro.