

**Unité Anesthésie  
Pédiatrie**

**PCA / PNCA  
MORPHINE > 1 an**



PCA

DITO

Anesthésiste			
BIP	ou le 7958722 / 598 / 500 ou le 7957 866		
Poids de l'enfant	Kg	Allergie	
MORPHINE	$< 5 \text{ kg} = 0,1 \text{ mg/ml}$ $> 5 \text{ kg et } < 10 \text{ kg} = 0,5 \text{ mg/ml}$ $> 10 \text{ kg} = 1 \text{ mg/ml}$	<input type="checkbox"/> mg dans 100 ml NaCl	<input type="checkbox"/> mcg de CATAPRESAN® (Clonidine)

**A - Programmation de la pompe configurer la pompe en milligrammes (mg)**

Définir la CONCENTRATION	mg / ml
DÉBIT CONTINU <i>de préférence utiliser une faible concentration chez l'enfant &gt; 6 ans (0,005 mg/kg/h)</i>	mg / hr =                      mg / kg / h à définir entre 0 et 0,03 mg / kg / hr
BOLUS	mg / dose =                      mg / kg / bolus à définir entre 0 et 0,03 mg / kg / dose
INTERVALLE entre les doses	MINUTES (suggestion 7 - 15)
Doses maximales par heure	(suggestion 4 - 6)

**B - Antalgiques supplémentaires (pour les AINS : après accord du chirurgien ou médecin responsable)**

<input type="checkbox"/> DAFALGAN® ou autres (Paracétamol)	mg/dose (15 à 20 mg/kg/dose PO <b>de préférence</b> ou PR toutes les 6 h.)	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve
<input type="checkbox"/> PERFALGAN® (Paracétamol)	mg/dose (15 mg/kg/dose IV toutes les 6 h.)	
<input type="checkbox"/> TRAMAL® (Tramadol)	mg/dose (2 mg/kg/dose IV lent ou PO toutes les 8 h.)	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve
<input type="checkbox"/> BRUFEN® (Ibuprofène)	mg/dose (10 mg/kg/dose PO ou PR toutes les 8 h.)	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve
<input type="checkbox"/> TORA-DOL® (Kétorolac) Stopper après 72 h d'administration	mg/dose (0,5 mg/kg/dose IV toutes les 8 h.) <b>max 30 mg/dose</b>	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve

**C - Surveillance et traitement des complications**

Si la Sat O <sub>2</sub>	<                      %	administrer de l'oxygène par lunettes nasales et titrer jusqu'à une Sat de 95 % <b>et patient non réveillé</b>
Si Fréquence Respiratoire	<                      / min.	
NARCAN® (Naloxone)		mg (0,001 mg/kg/dose IV ou IM) = <b>titrer le Narcan</b> <b>et prévenir le 7958 500 ou 7957 866 et médecin responsable</b>
NARCAN® (Naloxone) en cas de non réponse dans la mn		mg (0,002 mg/kg/dose IV ou IM) = <b>titrer le Narcan</b> <i>a répéter après 1 mn si inefficace</i>

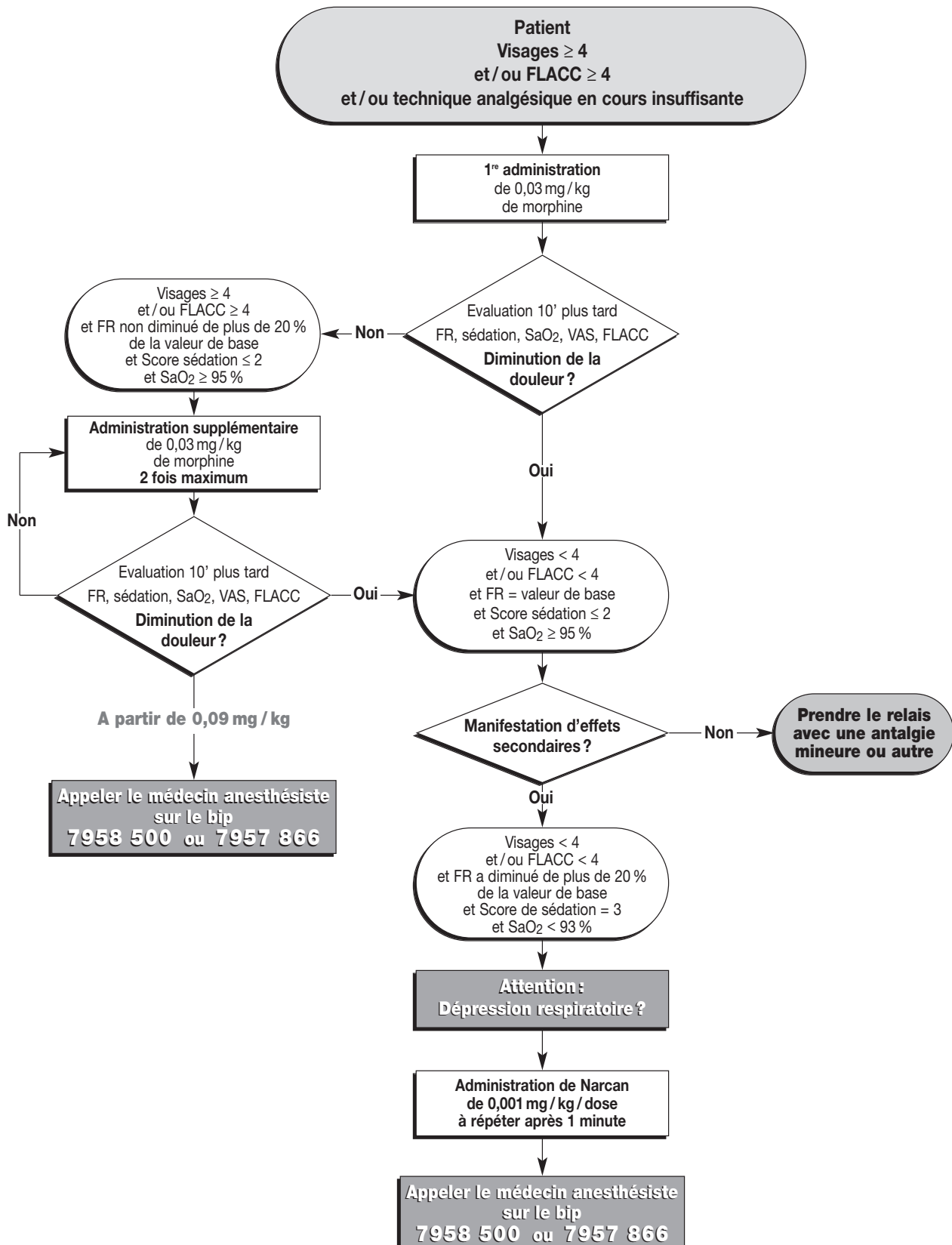
**D - Traitement des effets secondaires**

En cas de PRURIT TAVEGYL® (Clémastine)		mg/dose IV max toutes les 6 heures en réserve (0,0125 mg/kg/dose IV)
En cas de NAUSEES / VOMISSEMENTS ZOFTRAN® (Ondansetron) <b>! annule l'effet du tramal!</b>		mg/dose IV max toutes les 6 heures en réserve (0,1 mg/kg/dose IV max. 4 mg) <b>si inefficace pensez à changer d'opiacés</b>

**E - Si PCA / PNCA inefficace et dans l'attente d'une modification de l'antalgie, titration selon protocole**

MORPHINE bolus		mg IV max 3 fois par heure en respectant un intervalle de 10 min. (0,03 mg/kg/dose) <b>selon protocole titration de la morphine IV</b>		
Date	signature anesthésiste	signature médecin responsable	préparé par	vérifié par

## TITRATION DE LA MORPHINE I.V. (chez l'enfant)



**Unité Anesthésie  
Pédiatrie**

**PCA / PNCA  
MORPHINE > 1 an**



PCA

DITO

Anesthésiste			
BIP	ou le 7958722 / 598 / 500 ou le 7957 866		
Poids de l'enfant	Kg	Allergie	
MORPHINE	$< 5 \text{ kg} = 0,1 \text{ mg/ml}$ $> 5 \text{ kg et } < 10 \text{ kg} = 0,5 \text{ mg/ml}$ $> 10 \text{ kg} = 1 \text{ mg/ml}$	<input type="checkbox"/> mg dans 100 ml NaCl	<input type="checkbox"/> mcg de CATAPRESAN® (Clonidine)

**A - Programmation de la pompe configurer la pompe en milligrammes (mg)**

Définir la CONCENTRATION	mg / ml
DÉBIT CONTINU <i>de préférence utiliser une faible concentration chez l'enfant &gt; 6 ans (0,005 mg/kg/h)</i>	mg / hr =                      mg / kg / h à définir entre 0 et 0,03 mg / kg / hr
BOLUS	mg / dose =                      mg / kg / bolus à définir entre 0 et 0,03 mg / kg / dose
INTERVALLE entre les doses	MINUTES (suggestion 7 - 15)
Doses maximales par heure	(suggestion 4 - 6)

**B - Antalgiques supplémentaires (pour les AINS : après accord du chirurgien ou médecin responsable)**

<input type="checkbox"/> DAFALGAN® ou autres (Paracétamol)	mg/dose (15 à 20 mg/kg/dose PO <b>de préférence</b> ou PR toutes les 6 h.)	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve
<input type="checkbox"/> PERFALGAN® (Paracétamol)	mg/dose (15 mg/kg/dose IV toutes les 6 h.)	
<input type="checkbox"/> TRAMAL® (Tramadol)	mg/dose (2 mg/kg/dose IV lent ou PO toutes les 8 h.)	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve
<input type="checkbox"/> BRUFEN® (Ibuprofène)	mg/dose (10 mg/kg/dose PO ou PR toutes les 8 h.)	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve
<input type="checkbox"/> TORA-DOL® (Kétorolac) Stopper après 72 h d'administration	mg/dose (0,5 mg/kg/dose IV toutes les 8 h.) <b>max 30 mg/dose</b>	<input type="checkbox"/> d'office <input type="checkbox"/> en réserve

**C - Surveillance et traitement des complications**

Si la Sat O <sub>2</sub>	<                      %	administrer de l'oxygène par lunettes nasales et titrer jusqu'à une Sat de 95 % <b>et patient non réveillé</b>
Si Fréquence Respiratoire	<                      / min.	
NARCAN® (Naloxone)		mg (0,001 mg/kg/dose IV ou IM) = <b>titrer le Narcan</b> <b>et prévenir le 7958 500 ou 7957 866 et médecin responsable</b>
NARCAN® (Naloxone) en cas de non réponse dans la mn		mg (0,002 mg/kg/dose IV ou IM) = <b>titrer le Narcan</b> <i>a répéter après 1 mn si inefficace</i>

**D - Traitement des effets secondaires**

En cas de PRURIT TAVEGYL® (Clémastine)		mg/dose IV max toutes les 6 heures en réserve (0,0125 mg/kg/dose IV)
En cas de NAUSEES / VOMISSEMENTS ZOFTRAN® (Ondansetron) <b>! annule l'effet du tramal!</b>		mg/dose IV max toutes les 6 heures en réserve (0,1 mg/kg/dose IV max. 4 mg) <b>si inefficace pensez à changer d'opiacés</b>

**E - Si PCA / PNCA inefficace et dans l'attente d'une modification de l'antalgie, titration selon protocole**

MORPHINE bolus		mg IV max 3 fois par heure en respectant un intervalle de 10 min. (0,03 mg/kg/dose) <b>selon protocole titration de la morphine IV</b>		
Date	signature anesthésiste	signature médecin responsable	préparé par	vérifié par



**HUGU**  
Hôpitaux Universitaires de Genève



Service d'anesthésiologie  
Département APSI

**Unité Anesthésie Pédiatrique**  
**Salle de réveil de Pédiatrie**



## RELEVÉ ANTALGIE - PÉDIATRIE

**Hosp. en :** ..... **N° ch. :** ..... **Transfert :** .....

Poids : ..... ASA : ..... Diagnostic : .....

Chirurgien : ..... Type d'intervention : .....

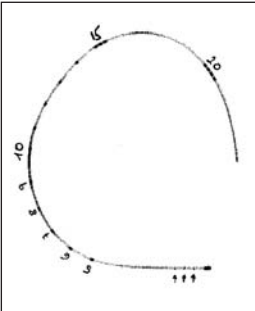
Anesthésiste / ISA : ..... Type d'anesthésie : .....

DATE : .....

TECHNIQUE ANTALGIQUE	J 0	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7
PCA								
PCEA								
BLOC PÉRIPHÉRIQUE								
TITRATION								

AUTRES MÉDICAMENTS UTILISÉS / RELAIS ANTALGIQUE	J 0	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7

CONSOMMATION	J 0	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7
	R / T	R / T	R / T	R / T	R / T	R / T	R / T	R / T
<b>R = REÇU / T = TENTATIVE</b>								
<b>PROGRAMMATION</b> PCA (continu / bolus / intervalle)								
Péridurale (continu / bolus / intervalle)	Thoracique							
	Lombaire / Sacrée							
Bloc périphérique (continu / bolus / intervalle)								

Site	Cathéter	Code d'arrêt du traitement
Claudale <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Autre : .....	 distance à la peau ..... profondeur peau espace péridural ..... longueur du cathéter dans l'espace péridural ..... cath. direction haut ou bas	A : absence de douleur B : échec de la technique C : effets secondaires sévères D : demande du patient E : demande du chirurgien F : technique inappropriée G : autres

<b>SCORE DE LA DOULEUR</b>			<b>J 0</b>	<b>J 1</b>	<b>J 2</b>	<b>J 3</b>	<b>J 4</b>	<b>J 5</b>	<b>J 6</b>	<b>J 7</b>	<b>commentaires</b>
Score de la douleur	EVA / VAS	<input type="checkbox"/>									
	Visages	<input type="checkbox"/>									
	CHEOPS	<input type="checkbox"/>									
	San Salvador	<input type="checkbox"/>									
	Dan	<input type="checkbox"/>									
	DEGR	<input type="checkbox"/>									
Autres .....		<input type="checkbox"/>									
(Noter le plus mauvais score de la journée)											
Score de la douleur à la mobilisation / Toux (Noter le plus mauvais score de la journée)											
Satisfaction de l'enfant ou / et des parents (Noter 0 ou N ou NSP)											

<b>SURVEILLANCE / PROBLEMES RENCONTRES</b>		<b>J 0</b>	<b>J 1</b>	<b>J 2</b>	<b>J 3</b>	<b>J 4</b>	<b>J 5</b>	<b>J 6</b>	<b>J 7</b>	<b>commentaires</b>
<b>Vomissements</b>	0 = aucun									
<b>Nausées</b>	1 = résolu sans traitement									
	2 = résolu avec traitement									
	3 = non résolu malgré tt									
<b>Score de sédation / FR</b>										
<b>Prurit</b>	0 = aucun									
	1 = localisé et léger									
	2 = réaction systémique généralisée									
	3 = réaction systémique légère									
<b>Bloc moteur</b>	0 = bouge cheville, genou et hanche									
	1 = bouge cheville et genou									
	2 = bouge cheville									
	3 = complet									

<b>AUTRES PROBLEMES RENCONTRES</b>	<b>J 0</b>	<b>J 1</b>	<b>J 2</b>	<b>J 3</b>	<b>J 4</b>	<b>J 5</b>	<b>J 6</b>	<b>J 7</b>	<b>commentaires</b>

**Commentaires :**