Centre de santé et de services sociaux
du Val-Saint-François

ORDONNANCE COLLECTIVE	**Administrer du Naloxone** (Narcan®)	**OCM-17**
Référence à un protocole : ☒ **oui** ☐ **non** **Titre ou numéro :**	**Date de mise en vigueur :** Janvier 2008	**Date de révision :** Mars 2010

Professionnelles habilitées à exécuter l'ordonnance :
Infirmières habilitées qui possèdent la formation, les connaissances et les compétences nécessaires.

Secteur(s) d'activités(s) visé(s) : CLSC : ☒ Richmond ☒ Valcourt ☒ Windsor

Tous les secteurs : Hébergement : ☒ Richmond ☒ Valcourt ☒ Windsor ☒ Urgence Windsor

Groupe de personnes visées ou la situation clinique visée :

Personne ayant reçu des opiacés et présentant des signes de surdosage.

Activités réservées s'adressant aux infirmières :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Initier une mesure thérapeutique selon une ordonnance.
- Administrer et ajuster des médicaments lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.

CONTEXTE :

Le champ de pratique de l'infirmière auxiliaire lui permet de contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, à 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.

Dans le cadre de sa contribution à l'évaluation de l'état de santé de la personne et à la réalisation du plan de soins, l'infirmière auxiliaire ne peut exercer cette activité en pleine et entière autonomie. Elle doit agir en collaboration avec l'infirmière.

L'infirmière auxiliaire peut procéder à la collecte d'informations, communiquer ses observations verbalement ou par écrit et remplir toutes les autres fonctions que lui confie l'infirmière.

Indication et condition d'initiation

- Personne présentant des signes de surdosage d'opiacés, soient :
  - un niveau de somnolence >2 (voir échelle de somnolence dans le formulaire de paramètres de surveillance infirmière à l'annexe 1) OU
  - une fréquence respiratoire <10/ minute OU
  - une saturation pulsatile en oxygène (SpO_2) ≤ 91% ou une baisse significative du taux de saturation habituelle.

Intention thérapeutique

- Renverser le plus rapidement possible le ou les signe(s) de surdosage d'opiacés.

Contre-indication

- Allergie au Naloxone.

Limites/ référence au médecin

Directives

- Évaluer l'état de la personne (échelle de somnolence, présence de ronflements, TA, pls, resp., SpO_2) et répéter aux 5 minutes. Documenter sur le formulaire des paramètres de surveillance infirmière (annexe 1).
- Si :
    - niveau de somnolence >2 OU
    - rythme respiratoire <10/ minute OU
    - $SpO_2 \leq 91\%$ ou une baisse significative du taux de saturation habituelle.
- Cesser immédiatement l'administration d'opiacés s'il y a lieu;
- Aviser le médecin traitant;
- Ouvrir une veine à l'aide d'un soluté (voir OCT-1) si non fait. S'assurer d'avoir un soluté Normal Salin ou Dextrose 5% si soluté déjà en cours;
- Assurer un bon dégagement des voies respiratoires;
- Installer de l'oxygène à 100% (4L/ min) par masque;
- Vérifier s'il y a présence d'allergie au naloxone (Narcan®);
- Administrer le naloxone selon les tableaux suivants :

ADULTES :

- **Si rythme respiratoire (RR) entre 4 et 8** :
  Donner Naloxone 0.4 mg/ mL (ampoule de 1 ml) en bolus IV administré en 1 minute (même dosage si voie IM ou SC). Le traitement initial par voie intraveineuse (IV) est préféré. Cependant, si cette voie n'est pas rapidement accessible, utiliser la voie IM ou SC tant qu'une voie IV n'est pas disponible. Administrer Naloxone, aux 2 minutes, de la façon suivante **jusqu'à échelle de somnolence < 2 soutenue ET RR ≥ 10 soutenu ET SpO_2 > 91% soutenue ou retour à l'état initial** :

Nombre de doses	Posologie	Doses cumulatives
1ère dose	Naloxone 0.4 mg (1 ml) en bolus IV	0.4 mg (1 ml)
2ième dose	Naloxone 0.4 mg (1 ml) en bolus IV	0.8 mg (2 ml)
3ième dose	Naloxone 0.8 mg (2 ml) en bolus IV	1.6 mg (4 ml)
4ième dose	Naloxone 1.6 mg (4 ml) en bolus IV	3.2 mg (8 ml)
5ième dose	Naloxone 2.0 mg (5 ml) en bolus IV	5.2 mg (13 ml)
6ième dose	Naloxone 2.0 mg (5 ml) en bolus IV	7.2 mg (18 ml)
7ième dose	Naloxone 2.0 mg (5 ml) en bolus IV	9.2 mg (23 ml)

Si aucun effet n'est observé avec une dose cumulative de 9,2 mg (23 ml), il est peu probable qu'il s'agisse d'un surdosage d'opiacés

Si RR <4 :

Donner Naloxone 2.0 mg (5 ml) en bolus IV administré en 1 minute (même dosage si voie IM ou SC).
Administrer Naloxone, aux 2 minutes, de la façon suivante **jusqu'à échelle de somnolence < 2 soutenue ET RR ≥ 10 soutenu ET SpO_2 > 91% soutenue ou retour à l'état initial** :

Nombre de doses	Posologie	Doses cumulatives
1ère dose	Naloxone 2.0 mg (5 ml) en bolus IV	2.0 mg (5 ml)
2ième dose	Naloxone 2.0 mg (5 ml) en bolus IV	4.0 mg (10 ml)
3ième dose	Naloxone 2.0 mg (5 ml) en bolus IV	6.0 mg (15 ml)
4ième dose	Naloxone 2.0 mg (5 ml) en bolus IV	8.0 mg (20 ml)
5ième dose	Naloxone 2.0 mg (5 ml) en bolus IV	10.0 mg (25 ml)

- Si aucun effet n'est observé avec une dose cumulative de 10.0 mg (25 ml), il est peu probable qu'il s'agisse d'un surdosage d'opiacés.

ENFANTS :

Donner Naloxone 0.1 mg/kg en bolus IV administré en 1 minute (même dosage si voie IM ou SC).
Le traitement initial par voie intraveineuse (IV) est préféré. Cependant, si cette voie n'est pas rapidement accessible, utiliser la voie IM ou SC tant qu'une voie IV n'est pas disponible. Administrer Naloxone, aux 2 minutes, **ad 2 mg au total jusqu'à échelle de somnolence < 2 soutenue ET RR ≥ 10 soutenu ET SpO_2 > 91% soutenue ou retour à l'état initial** selon le tableau suivant :

Âge	Prématuré	À terme	6 mois	1 an	3 ans	6 ans	8 ans	10 ans	11 ans	12 ans	14 ans
Poids (lbs)	3 lbs	7.5 lbs	15 lbs	22 lbs	33 lbs	44 lbs	55 lbs	66 lbs	77 lbs	88 lbs	99 lbs
Poids (kg)	1.5 kg	3.5 kg	7 kg	10 kg	15 kg	20 kg	25 kg	30 kg	35 kg	40 kg	45 kg
Taille (pouces)	16"	21"	26"	31"	39" (3', 3")	46"	50" (4', 2")	54"	57"	60" (5')	64"
Nalaxone (0,4 mg/ml) 0,1 mg/kg IV, IM, S/C	0,15 mg (0,38 ml)	0,35 mg (0,88 ml)	0,7 mg (1,75mg)	1 mg (2,5 ml)	1,5 mg (3,75 ml)	2 mg (5 ml)	2 mg (5 ml)	2 mg (5 ml)	2 mg (5 ml)	2 mg (5 ml)	2 mg (5 ml)

- Guider les respirations de la personne par des ordres verbaux clairs jusqu'à ce qu'elle soit plus éveillée et alerte.
- Continuer de réévaluer l'état de la personne (échelle de somnolence, présence de ronflements, TA, pls, resp., SpO_2) aux 5 minutes **jusqu'à échelle de somnolence < 2 soutenue ET RR ≥ 10 soutenu ET SpO_2 > 91% soutenue ou retour à l'état initial**.
- Lorsque ces 3 paramètres sont atteints :
    - Poursuivre la réévaluation de l'état de la personne (échelle de la douleur, échelle de somnolence, présence de ronflements, TA, pls, resp., SpO_2) :
        - aux 30 minutes X 2 heures, puis
        - aux heures X 2, puis
        - aux 4 heures pendant les 20 heures suivantes (pour un total de 24 heures). En cas de congé, on demandera à la famille d'exercer une surveillance étroite à l'aide du dépliant remis.
- Ceci en raison de l'effet rebond de l'opiacé (retour des manifestations de l'opiacé) versus la courte durée d'action du naloxone et la nécessité d'avoir à répéter les doses aux 20 à 60 minutes ou de débuter une perfusion de naloxone si la présence de signe(s) de surdosage d'opiacés réapparaissent. **La dépression respiratoire peut persister pendant une période de 24 heures.** Il faut aussi effectuer le suivi de la douleur afin de s'assurer que le Naloxone ne renversera pas l'analgésie.

ALERTE

Il est important de titrer la dose selon la fonction respiratoire et non pas en fonction de l'état de conscience car un antagonisme total provoquera un retour à une douleur sévère avec hyperalgésie et, si présence de dépendance physique, des symptômes physiques sévères de retrait et une agitation marquée.

Fin du traitement

Il y a fin du traitement lorsqu'il y a absence de signes cliniques d'intoxication aux opiacés, 2 heures après la dernière dose ou après la fin de la perfusion, s'il y a lieu.

Une perfusion IV de Naloxone devra être considérée lorsque le bénéficiaire présente une détérioration de l'état de conscience après une réponse initiale au Naloxone ou encore lorsque l'opiacé utilisé possède une durée d'action prolongée.

Notation au dossier

Suite à une dépression du système respiratoire, toute administration de Naloxone doit être suivie de la rédaction d'un rapport complet *incident / accident (AH-223).*

Références

CSSS Ouest-de-l'Île, Ordonnance collective : Administration de Naloxone, Pointe-Claire, 2007.

CSSS de Kamouraska. (2006). Guide d'utilisation lors d'un surdosage d'opiacés.

Département de pharmacie. (2006). Tableau de conversion équianalgésique. CSSS de l'Ouest-de-l'Île.

Derr, P. (2003). Emergency and Critical Care. Pocket Guide. 3rd Edition. Lake Oswego : InforMed.

Désautels, J.Y. et al. (2006). Ordonnance collective no 22. Administrer du NALOXONE comme antidote lors d'une intoxication aiguë due à un surdosage aux opiacés. Montréal : CSSS de la Pointe-de-l'Ile.

Désautels, J.Y. et Gagnier Foisy, H. Administration de l'antidote NALOXONE lors d'une intoxication aiguë due à un surdosage aux opiacés. Document de travail. CSSS de la Pointe-de-l'Ile.

Gélinas, C. (2004). Prévenir la dépression respiratoire liée à certains médicaments. Dans Perspective infirmière. Nov/ Déc, vol 2, no 2, pp. 23-27.

Institut de gériatrie de Montréal, Utilisation des analgésiques opiacés par voie parentérale et transdermique, Montréal, février 2007.

Morris, M.E. et al. (2006). Manuel sur la pharmacothérapie parentérale, 27ième édition. Ottawa : l'hôpital d'Ottawa.

PROCESSUS D'ÉLABORATION

	Nom	Titre	Date
Rédigé par	Marielle Lehoux-Brisson	Directrice des soins infirmiers	Octobre 2007
	Martine Grondin	Pharmacienne pour les 3 CSSS énumérés ci-bas	
En collaboration avec	Jeanne Dion	DSI – CSSS de la MRC Coaticook	Octobre 2007
	Denyse Vincent	DSI – CSSS du Haut Saint-François	Octobre 2007
Personnes consultées	Dr Christian Gaouette	Médecin – Urgence CSSS du Val-Saint-François	Juin 2008

INSTANCES CONSULTÉES

☒ **CECII**	☒ **CMDP**	☒ **Comité exécutif du CMDP**
☒ **CIIA**	☐ **CECM**	☒ **Autres (Préciser) :** **DSP**

PROCESSUS D'APPROBATION

Approuvé par : Signature :	
Titre : Président du CMDP	Date
Signature :	
Titre : Directrice des soins infirmiers	Date

PROCESSUS DE RÉVISION

	Nom	Titre	Date
Révisé par	Marielle Lehoux-Brisson	Directrice des soins infirmiers	Mars 2010
Personnes consultées			

Janvier 2008, rév. Mars 2010

OCM-17 Administrer du Naloxone

ANNEXE 1

Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François

PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA CLIENTÈLE RECEVANT DES OPIACÉS*

Documenter la douleur, les interventions et toute situation anormale aux notes au dossier **Poids : _____**

Cinétique des analgésiques	
Voie d'administration	**Pic d'action**
I/V	15 min.
I/M – S/C	30 à 60 min.
P/O – I/R	30 à 60 min.
Transdermique	24 hres

Le jugement clinique du personnel infirmier est requis en tout temps

FRÉQUENCE MINIMALE DE LA PRISE DES PARAMÈTRES POUR LES 3 PREMIÈRES DOSES

Douleur, somnolence, fréquence et amplitude resp., $Sp0_2$, ronflement

- **AVANT l'administration de l'opiacé + TA, Pls**
- **+ AU PIC D'ACTION selon la voie d'administration**
- **+ 1 HEURE APRÈS LE PIC D'ACTION**

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de dossier :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : ☐ M ☐ F

NAM :

Âge :

Nº téléphone :

Date : 20__ __/__ __ *(Année/Mois)*	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr	Jr
Heure :																		
Nom du médicament :																		
Nom du médicament :																		
Opiacé reçu (IV, IM, SC, PO, IR, Trans) Inscrire la voie d'administration																		
Autre(s) dépresseur(s) du SNC reçu(s) OUI (O) NON (N)																		
Tension artérielle																		
Pulsations cardiaques / min																		
Apnée de + 10 sec. OUI (0) NON (N)																		
Fréquence respiratoire / min.																		
Amplitude (Normale/Profonde/Superficielle)																		
Saturation O_2 (%) (taux O_2)																		
Échelle de somnolence (0 à 4)																		
Effets secondaires (0 à 4)																		
Échelle de la douleur																		
Initiales Signature au verso																		

Cocher les facteurs de risque

- ❑ Enfant de moins de 6 mois
- ❑ Personne âgée de 70 ans et +
- ❑ Insuffisance hépatique ou rénale
- ❑ Insuffisance respiratoire
- ❑ Troubles neuromusculaires ou neurologiques
- ❑ Consommation d'alcool
- ❑ Consommation de médicaments ayant un effet dépressif sur le SNC
- ❑ Obésité
- ❑ Apnée du sommeil
- ❑ Naïveté aux opiacés
- ❑ Douleur intense qui cesse subitement
- ❑ Traumatisme crânien

Effets secondaires

0 Aucun
1 Nausée / Vomissement
2 Constipation
3 Prurit
4 Autres

Échelle de somnolence

0 Client éveillé / alerte
1 Légère (s'endort, mais ouvre les yeux facilement
2 Modérée (ouvre les yeux à la stimulation légère verbale ou tactile)
3 Sévère (ouvre les yeux à la stimulation douloureuse)
4 Profonde (n'ouvre pas les yeux malgré stimulation verbale + douloureuse)

Contacter le service ambulancier si saturation ≤ 91% ou baisse significative du taux habituel de saturation ou échelle de somnolence >2 ou fréquence respiratoire <10 par minute

1. Assurer un bon dégagement des voies respiratoires;
2. Demeurer au chevet du client et assurer une surveillance étroite;
3. Stimuler la respiration profonde par des ordres verbaux clairs jusqu'à ce qu'il ne soit plus éveillé;
4. Évaluer les paramètres cliniques q 5 min. ad échelle de somnolence ≤ 2 et fréquence respiratoire. > 9 soutenue pendant 3 évaluations consécutives;
5. Interrompre les narcotiques et médicaments dépresseurs du SNC;
6. Assurer un suivi auprès du médecin traitant.

LÉGENDE DE LA DOULEUR (choisir une échelle appropriée au patient en apposant un X

☐ Échelle numérique 0 à 10

0 aucune douleur
2 légère douleur
4 gênante
6 pénible
8 sévère
10 insupportable

☐ ECCA[1] 0 À 16

[1] – Compléter la feuille spéciale

SOMNOLENCE

- Assurer une surveillance plus stricte si on observe une diminution significative de la respiration, des ronflements et des périodes d'apnée.
- Prolonger la période d'observation et avertir le médecin s'il y a lieu

Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François

RÉFÉRENCES POUR LE PERSONNEL INFIRMIER QUI EFFECTUE LA SURVEILLANCE DE LA CLIENTÈLE RECEVANT DES OPIACÉS

Les médicaments contenus dans ces tableaux de référence NE PEUVENT PAS être administrés, initiés ou ajustés SANS ORDONNANCE

Tableau de conversion – Fentanyl timbre

Quantité totale de morphine par jour		Duragésie (µg/h)
Voie orale	Voie sous-cutanée	Per-cutanée
50 mg	25 mg	25 µg/h

Médicaments dépresseurs du SNC

Classes	EXEMPLES
Opiacés analgésiques-agonistes	Morphine, Fentanyl, Hydromorphone, Codéine, Mépéridine, Hydrocodone, Méthadone, Oxycodone
Benzodiazépines	Diazépam (Valium®) Lorazépam (Ativan®) Midazolam (Versed®)
Barbituriques	Thiopental® Sécobarbital® Phénobarbital
Neuroleptiques	Halopéridol (Haldol®) Risperdal ®
Antidépresseurs	Amitriptyline (Élavil®) Clomipramine (Anafranil®) Doxépine (Sinequan®) Citalopram (Celexa®)
Antiémétiques	Dimenhydrinate (Gravol®) Métoclopramide (Maxeran®) Prochlorpérazine (Stémétil®)
Antihistaminiques	Hydroxyzine (Atarax®) Diphenhyramine (Benadryl®)

Recommandations pour le soulagement de la douleur

Analgésiques opiacés

Médicament	Fréquence d'administration (h)	Durée d'action (h)	Commentaires
Codéine agoniste de faible puissance	3 à 4 h	3 à 5 h	• Opiacé naturel • Déméthylée en morphine • Effet analgésique plafonne si dose > 90 à 120 mg aux 4 heures • Certaines personnes ne métabolisent pas la codéine en morphine
Oxycodone (Supeudol ®)	3 à 4 h	3 à 5 h	• Agent puissant lorsqu'il est utilisé seul • Opiacé semi-synthétique • Limitations des augmen-tations de doses lorsqu'il est associé à l'acétaminophène ou à l'aspirine
Morphine agoniste puissant	4 h	4 à 6 h	• Opiacé naturel composante active de l'opium • Substance étalon • Demeure encole le 1er choix pour les douleurs aigues et chroniques • Inefficace contre les douleurs neurogènes
Hydromorphone agoniste puissant (Dilaudid ®)	4 h	4 à 5 h	• Opiacé semi-synthétique • Option à la morphine (5 X plus puissant que la morphine) • Avantageux pour les doses parentérales élevées car plus soluble
Fentanyl agoniste puissant	Continue	Sans objet	• Opiacé synthétique • Comparable à la morphine S/C • Timbre transdermique apprécié pour la douleur chronique, alternative à la voie S/C • Utilisé en perfusion
Non recommandés pour le soulagement de la douleur chronique			
Mépéridine agoniste puissant (Demerol ®)	3 à 4 h	2 à 3 h	• Courte action • Métabolite toxique : la normépéridine
Pentazocine agoniste/antagoniste (Talwin ®)	3 à 4 h	2 à 3 h	• Courte action • À dose élevée, l'effet antagoniste domine • Effets psychotiques fréquents

Initiales	Signature et titre professionnel

Tiré de la Règle de soins infirmiers « Surveillance de la clientèle recevant des opiacés. CSSS du Cœur de l'Île. Montréal 2007, adapté pour le CSSS du Val-Saint-François.

ANNEXE 2

FICHE TECHNIQUE : NALOXONE[1]

Nom générique Nom commercial	Naloxone Narcan®
Mécanisme d'action	Antagoniste compétitif des récepteurs opioïdes μ,k et σ. Il renverse les effets des opioïdes en les déplaçant de leur site de liaison dans le SNC.
Indications les plus fréquentes	▪ Traitement du surdosage aux opioïdes. ▪ Traitement de la dépression respiratoire induite par l'utilisation des opioïdes dans un contexte d'analgésie.
Réactions indésirables	▪ Perte d'analgésie. ▪ Sevrage chez les patients dépendants aux opioïdes (nausée, vomissement, sudation, tachycardie, tremblements, anxiété). ▪ Réaction allergique[a]. ▪ Oedème pulmonaire, arythmie, hypotension et hypertension ont été associé à l'occasion avec le naloxone en post-op.
Voie d'administration	IV/IM/SC
Dosage	**Voir OCM-17 pour les détails[2]** **Adultes :** 0.4-2mg IVь/IM/SC q2min ad 10 mg ou rétablissement de l'état du patient. **Enfants :** 0.01-0,1mg/kg IV/IM/SC q2min ad 2mg. **Si dépression respiratoire, perfuser:** 2/3 de la dose cumulative utilisée pour renverser les symptômes initiaux par heure.
Formats disponibles	Ampoule 0.4mg/1ml Fiole 2mg/2ml
Directives pour préparer une perfusion[3]	▪ Mélanger naloxone 2mg dans 500ml de D5W ou de NS 0.9% ou mélanger 5mg dans 500ml pour une concentration plus élevée. ▪ Protéger de la lumière. ▪ Jeter toute solution après 24h.

a) Il peut se produire une réaction allergique croisée entre le naloxone et d'autres opioïdes de la même classe chimique (morphine, codéine, hydromorphone, hydrocodone et oxycodone)
b) Lorsque la voie IV n'est pas rapidement disponible, les voies SC et IM peuvent être utilisées sans compromettre l'efficacité.

[1] Anonyme, DRUGDEX® Evaluations : Naloxone. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado; 2007.
[2] CSSS Ouest de l'île, Ordonnance collective OCM-17 : administration de Naloxone; 2007.
[3] The Ottawa Hospital. Naloxone in Parenteral Drug Therapy Manual. The Ottawa Hospital, Ottawa; 2007.