ORDONNANCE COLLECTIVE	Administrer du Naloxone (Narcan®)	DSI-OC-02
Référence à un protocole : DSI-2007-01-PROTO ☒ **oui** ❒ **non** Utilisation optimale d'analgésiques opiacés par voie parentérale	**Date de mise en vigueur :** 2007	**Date de révision :** 2012

Professionnelles habilitées à exécuter l'ordonnance et secteur(s) d'activité(s) visé(s) :

Infirmières habilitées possédant la formation, les connaissances et les compétences nécessaires.

Secteur(s) d'activités(s) visé(s) : CLSC: Cookshire ☑ Weedon ☑ La Patrie ☑

Hébergements : East Angus ☑ Weedon ☑

Groupe de personnes visées ou la situation clinique visée :

- Usager 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

Indications et condition d'initiation :

- Personne présentant des signes de surdosage d'opiacés, soient :
  - un niveau de somnolence plus grand que 2 (voir échelle de somnolence dans le formulaire de paramètres de surveillance infirmière à l'annexe 1) OU
  - une fréquence respiratoire plus petit que 10/ minute OU
  - une baisse de saturation pulsatile en oxygène (SpO_2) 5 % ou plus.

Intention thérapeutique :

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

Contre-indications :

- Allergie au Naloxone

Pharmacologie

Le naloxone est un antagoniste des opiacés. Administré par injection, il renverse rapidement les effets d'un surdosage d'opiacé. En quelques instants, il améliore la fréquence et l'amplitude respiratoire ainsi que l'état de conscience. Son action est extrêmement rapide (quelques minutes) lorsqu'il est administré par voie IV (début d'action 1 à 2 minutes, pic d'action en 5 minutes). Le début d'action par la voie SC est de 2 à 5 minutes et le pic de 15 minutes. Il est à noter que la durée de l'antagonisme est habituellement plus courte que la durée de la dépression respiratoire induite par les opiacés de sorte qu'il faut être vigilant sur le plan clinique. (Voir fiche technique annexe II).

Limites/ référence au médecin :

- Aviser le médecin:
  - lors de l'initiation de cette ordonnance
  - avant l'administration d'une dose cumulative supérieure à 10 mg de Naloxone chez les adultes sans aucune réaction (ouverture des yeux, capacité de s'exprimer verbalement).
  - l'administration de 2 mg de Naloxone chez les enfants sans aucune réaction (ouverture des yeux, capacité de s'exprimer verbalement).

.

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 plus grand que 2 OU
  - rythme respiratoire plus petit que 10/ minute OU
  - baisse de SpO_2 de 5 % ou plus
- Cesser immédiatement l'administration d'opiacés s'il y a lieu;
- Aviser le médecin traitant.
- Ouvrir une veine à l'aide d'un soluté 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 % (15L/ min) par masque
- Vérifier s'il y a présence d'allergie au naloxone (Narcan®)
- Administrer le naloxone selon les tableaux suivants :

***Les paramètres de surveillance ainsi qu'une feuille de suivi des s.v……. se retrouvent à l'annexe I……**

ADULTES :

- **Si rythme respiratoire (RR) de 4 à 8 inclus :**
  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 plus petit que 2 soutenue ET RR plus grand ou égal à 10 soutenu ET reprise et maintien de la SpO_2 à la valeur antérieure à la dépression de façon soutenue**:

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 mg (5 ml) en bolus IV	5.2 mg (13 ml)
6ième dose	Naloxone 2 mg (5 ml) en bolus IV	7.2 mg (18 ml)
7ième dose	Naloxone 2 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 plus petit que 4 :

Donner Naloxone 2mg (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 plus petit que 2 soutenue ET RR plus grand ou égal à 10 soutenu ET reprise et maintien de la SpO_2 à la valeur antérieure à la dépression de façon soutenue**:

Nombre de doses	Posologie	Doses cumulatives
1ère dose	Naloxone 2mg (5 ml) en bolus IV	2mg (5 ml)
2ième dose	Naloxone 2mg (5 ml) en bolus IV	4mg (10 ml)
3ième dose	Naloxone 2mg (5 ml) en bolus IV	6mg (15 ml)
4ième dose	Naloxone 2mg (5 ml) en bolus IV	8mg (20 ml)
5ième dose	Naloxone 2mg (5 ml) en bolus IV	10mg (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 plus petit que 2 soutenue ET RR plus grand ou égal à 10 soutenu ET reprise et maintien de la SpO_2 à la valeur antérieure à la dépression de façon soutenue :**

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 (1,75ml)	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 plus petit que 2 soutenue ET RR plus grand ou égal à 10 soutenu ET reprise et maintien de la SpO_2 à la valeur antérieure à la dépression de façon soutenue**.
- 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 (ou retour à domicile) on demandera à la famille d'exercer une surveillance étroite.
- 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. **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).*

Source :

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

Rédigé par : Marielle Lehoux-Brisson, DSI, CSSS du Val St-François **Avec la collaboration de :** Jeanne Dion, DSI, CSSS de la MRC de Coaticook Martine Grondin, pharmacienne Denyse Vincent, DSI, CSSS du Haut St-François Isabelle Boulay, inf B SC Lucie Desrosiers, adjointe DSI	Octobre 2007

PERSONNES ET INSTANCES CONSULTÉES

X CECII **X CMDP** **☐ DSP** **☐ CIIA** **☐ CM**	

PROCESSUS D'APPROBATION

Approuvé par : _____ Directeur des soins infirmiers _____ Présidente du CMDP	_____ Date _____ Date

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

ANNEXE 1

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

Douleur, somnolence, fréquence et amplitude resp., SpO_2, ronflement

Voies SC et IM

- **Avant** l'administration du médicament
- À son pic d'action (soit 30 à 60 minutes après)
- Aux heures X 2 si dose unique ou répéter pour chaque dose pendant 24 heures si doses régulières et PRN

Voie IV

- Avant l'administration du médicament
- 10 à 15 minutes après l'administration de l'analgésique opiacé et à toutes les heures pendant les 24 premières heures d'administration de l'analgésique opiacé s'il est administré sur une base régulière.
- Par voie IV pour l'administration d'une dose unique : à toutes les heures pour 2 fois.

Date																		
Heure :																		
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 (O) NON (N)																		
Fréquence respiratoire																		
Amplitude (Normale/Profonde/Superficielles																		
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)

Appeler d'abord le médecin de garde de l'établissement si baisse de la saturation de 5 % ou plus ou échelle de somnolence plus grand que 2 ou F.R. plus petit que 10 par min.

1. Assurer un 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 soit plus éveillé;
4. Évaluer les paramètres cliniques q 5 min. ad échelle de somnolence plus petit ou égal à 2 et F.R. plus grand que 10 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**			☐ **ECPA[1]**
0 aucune douleur	4 gênante	8 sévère	0 à 16 (avant soins)
2 légères douleurs	6 pénible	10 insupportable	0 à 16 (pendant soins)

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.

RÉFÉRENCES POUR LE PERSONNEL INFIRMIER QUI EFFECTUE LA SURVEILLANCE DE LA CLIENTÈLE À DOMICILE 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		Duragésic (mcg/h)
Voie orale	Voie sous-cutanée	Voie percutanée
50 mg	25 mg	25 mcg/h

Médicaments dépresseurs du SNC	
Classes	**Exemples**
Opiacés analgésiques agonistes	Morphine, Fentanyl, Hydromorphone, Codéine, Mépéridine, Hydrocodone, Méthadone, Oxycodone
Benzodiazépines	Diazépam (Valium®) Lorazéapm (Ativan®) Midazolam (Versed®)
Barbituriques	Thiopental® Sécobarbital® Phénobarbital
Neuroleptiques	Halopéridol (Haldol®) Risperdal®
Antidépresseurs	Amitriptyline (Élavil®) Clomipramine (Anafranil®) Doxépine (Sinequan®) Citalopram (Celexa®)
Antiémétiques	Dimenhydrinate (Gravol®) Métoclopramide (Maxerand®) 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 plus grand que 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 augmentations 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 encore 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

Annexe II :

Fiche technique : naloxone[1]

Nom générique Nom commercial	naloxone Narcan®
Mécanisme d'action	Antagoniste compétitif des récepteurs opioïdes µ, k et oméga. 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] • Œdème pulmonaire, arythmie, hypotension et hypertension ont été associés à l'occasion avec le naloxone en post-op.
Voie d'administration	IV/IM/SC
Dosage	**Adultes :** 0.4-2 mg IV/IM/SC q 2 min ad 10 mg ou rétablissement de l'état du patient **Enfants :** 0.01-0,1mg/kg IV/IM/SC q 2min ad 2 mg **Si dépression respiratoire, perfuser :** ⅔ de la dose cumulative utilisée pour renverser les symptômes initiaux par heure.
Formats disponibles	Ampoule 0.4mg/1ml Fiole 2 mg/2ml
Directives pour préparer une perfusion[2]	Mélanger naloxone 2 mg dans 500 ml de D5W ou de NS 0.9 % ou mélanger 5 mg dans 500 ml pour une concentration plus élevée. Protéger de la lumière Jeter toute solution après 24hres.

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® Évaluations : Naloxone. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado; 2007
[2] The Ottawa Hospital. Naloxone in Parenteral Drug Therapy Manual. The Ottawa Hospital, Ottawa; 2007