



Attending Anesthesiologist
 Anesthésiologiste traitant

Procedure/Indication-Intervention/Indication

Past medical history-Antécédents médicaux

Medication allergies/Adverse reaction-Allergies aux médicaments/Réactions indésirables

Medications-Médicaments

History of analgesic/NSAID-Utilisation antérieure d'analgésiques/AINS

Contraindication to NSAID's-Contre-indication au AINS N Y-O (specify-préciser)

Processed-Traité		Processed-Traité	
Epidural Interspace level-Niveau épidural interspace : _____ Usual BP TA habituelle _____			
Catheter length at skin-Marque à la peau _____ cm			
Depth to epidural space-Profondeur à l'espace épidural _____ cm			
Epidural Infusion Infusion épidurale	<input type="checkbox"/> Fentanyl 2 mcg/mL	Anti-emetic Antémétique	<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 10 mcg/mL		<input type="checkbox"/> Prochlorperazine <input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg IV q6h prn
	<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
	<input type="checkbox"/> * SPECIAL ORDER NON STOCK (see below)		
START INFUSION AT: _____ mL/hr		Anti-puritic Antiprurigineux	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
RANGE: _____ TO: _____ mL/hr			<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
Nurse controlled bolus: 4 mL as per Titration Guidelines			<input type="checkbox"/> Acetaminophen 650 mg PO/PR q4h <input type="checkbox"/> straight while awake OR <input type="checkbox"/> prn
TITRATE AND DISCONTINUE EPIDURAL AS PER GUIDELINES			<input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking po
PCEA-AECP	<input type="checkbox"/> Meperidine 2 mg/mL	Adjuvant Adjuvant	OR
	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 20 mcg/mL		<input type="checkbox"/> Ibuprofen 400 mg PO q4hr (Obstetrics)
	<input type="checkbox"/> Other _____		OR
	DOSE _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg		<input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR)
	DELAY 15 min		<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> 0.5 mg OR <input type="checkbox"/> 1 mg SL/PO at HS prn insomnia
	INFUSION _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr		<input type="checkbox"/> Other _____
MAX # OF BOLUS/HR 4	<input type="checkbox"/> Other _____		
DISCONTINUE EPIDURAL AS PER GUIDELINES			

* SPECIAL ORDER Hydromorphone 20 mcg/mL + Bupivacaine 0.1% (1 mg/mL) + Epinephrine 2 mcg/mL
 Bupivacaine 0.1% + Epinephrine 2 mcg/mL

NALOXONE ADMINISTRATION-ADMINISTRATION DU NALOXONE

RR < 8 AND LOS >2 - Stop infusion; notify Anesthesiologist. Follow Naloxone Administration Clinical Guidelines.

- Dilute Naloxone 0.4 mg/mL with 9 mL NS (concentration 0.04 mg/mL)
- Administer 0.04 mg IV as rapid bolus, assess response and repeat bolus of 0.04 mg q 3 minutes as required.
- If no improvement after 3 boluses (total 0.12 mg), re-consider diagnosis.

RR < 8 ET NDS >2 - Arrêter l'infusion; aviser l'anesthésiologiste. Suivre les Directives cliniques de l'administration du Naloxone.

- Diluer le Naloxone 0.4 mg/mL avec 9 mL NS (concentration 0.04 mg/mL)
- Administrer 0.04 mg IV comme bolus rapide, évaluer la réaction et répéter le bolus de 0.04 mg q 3 minutes tel qu'exigé.
- S'il n'y a aucune amélioration après 3 bolus (total 0.12 mg), reconsidérer le diagnostic.

See reverse for APS Coverage, Usual drug dosage, Anti-emetic Protocol, Anti-puritic Protocol, and Contraindications to NSAID's.

Voir au verso pour le service de garde du SDA, les médicaments standards, le protocole antiémétique, le protocole antiprurigineux et les contre-indications aux AINS.

Date	Time-Heure	Anesthesiologist(e) (Printed name-Nom en majuscules)	Signature
Date noted-notée	Time-Heure	Processed by-Traité par	Signature (Nurse-Infirmière)

APS coverage-Couverture des SDA

Gen.-Gén. : Staff Anesthesiologist pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste de service : 715-7070

Civic : **Weekdays-Jours de la semaine** 0800-1600

Staff Anesthesiologist pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste de service : 274-6241

Evenings-Soirée, weekends-fin de semaine, holidays-vacances

Anesthesiology Resident pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste résident : 719-7317

EPIDURAL ANALGESIA DRUG DOSAGE-DOSE POUR MÉDICAMENT D'ANESTHÉSIE ÉPIDURALE

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
-------------------	---------------	--------------	--------------	--------------------------------

PCEA-AECP

Meperidine	2 mg/mL	10 mg	15 mins	10 mg/hr Optional
Hydromorphone	20 mcg/mL	80 mcg	15 mins	80 mcg/hr Optional

EPIDURAL INFUSION-INFUSION ÉPIDURALE

Fentanyl / Bupivacaine / Epinephrine	2 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Hydromorphone / Bupivacaine / Epinephrine	10 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Hydromorphone / Bupivacaine / Epinephrine	20 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Bupivacaine / Epinephrine	1 mg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr

Anti-emetic Protocol:

1. **IF** the maximum dose of the first ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the second ordered drug, if applicable.
2. **IF** the maximum dose of the second ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the third order drug, if applicable.
3. **IF** all ordered medications have been administered without relief of symptoms after 30 minutes, contact the APS.

Anti-pruritic Protocol:

1. **IF** the maximum dose of the first ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the second ordered drug, if applicable.
2. **IF** all ordered medication has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, contact the APS.

Protocole antiémétique :

1. **SI** la dose maximale du premier médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le second médicament prescrit, s'il en existe un.
2. **SI** la dose maximale du second médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le troisième médicament prescrit, s'il en existe un.
3. **SI** tous les médicaments ordonnés ont été administrés sans le soulagement des symptômes après 30 minutes, communiquer avec le SDA.

Protocole antiprurigineux :

1. **SI** la dose maximale du premier médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le second médicament prescrit, s'il en existe un.
2. **SI** tous les médicaments ont été administrés sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, communiquer avec le SDA.

Identified Contraindications for Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID)

Contraindications aux antiinflammatoires non-stéroïdiques (AINS)

CHF Défaillance cardiaque	Bleeding disorders Problème de coagulation	Surgical reason Raison chirurgicale	Renal insufficiency Insuffisance rénale	History of peptic ulcer disease Antécédents d'ulcère peptique
------------------------------	---	--	--	--

Syndrome of nasal polyps, angioedema/bronchospastic reactivity to ASA or other NSAIDs
Syndrome de polypes nasaux, angioédème/bronchospasme suite à l'AAS ou autres AINS



Attending Anesthesiologist
 Anesthésiologiste traitant

Procedure/Indication-Intervention/Indication

Past medical history-Antécédents médicaux

Medication allergies/Adverse reaction-Allergies aux médicaments/Réactions indésirables

Medications-Médicaments

History of analgesic/NSAID-Utilisation antérieure d'analgésiques/AINS

Contraindication to NSAID's-Contre-indication au AINS N Y-O (specify-préciser)

Processed-Traité		Processed-Traité	
Epidural Interspace level-Niveau épidural interespace : _____ Usual BP TA habituelle _____			
Catheter length at skin-Marque à la peau _____ cm			
Depth to epidural space-Profondeur à l'espace épidural _____ cm			
Epidural Infusion Infusion épidurale	<input type="checkbox"/> Fentanyl 2 mcg/mL	Anti-emetic Antémétique	<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 10 mcg/mL		<input type="checkbox"/> Prochlorperazine <input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg IV q6h prn
	<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
	<input type="checkbox"/> * SPECIAL ORDER NON STOCK (see below)		
START INFUSION AT: _____ mL/hr		Anti-pruritic Antiprurigineux	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
RANGE: _____ TO: _____ mL/hr			<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
Nurse controlled bolus: 4 mL as per Titration Guidelines			<input type="checkbox"/> Acetaminophen 650 mg PO/PR q4h <input type="checkbox"/> straight while awake OR <input type="checkbox"/> prn
TITRATE AND DISCONTINUE EPIDURAL AS PER GUIDELINES			<input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking po
PCEA-AECP	<input type="checkbox"/> Meperidine 2 mg/mL	Adjuvant Adjuvant	OR
	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 20 mcg/mL		<input type="checkbox"/> Ibuprofen 400 mg PO q4hr (Obstetrics)
	<input type="checkbox"/> Other _____		OR
	DOSE _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg		<input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR)
	DELAY 15 min		<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> 0.5 mg OR <input type="checkbox"/> 1 mg SL/PO at HS prn insomnia
	INFUSION _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr		<input type="checkbox"/> Other _____
MAX # OF BOLUS/HR 4	<input type="checkbox"/> Other _____		
DISCONTINUE EPIDURAL AS PER GUIDELINES			

* SPECIAL ORDER Hydromorphone 20 mcg/mL + Bupivacaine 0.1% (1 mg/mL) + Epinephrine 2 mcg/mL
 Bupivacaine 0.1% + Epinephrine 2 mcg/mL

NALOXONE ADMINISTRATION-ADMINISTRATION DU NALOXONE

RR < 8 AND LOS >2 - Stop infusion; notify Anesthesiologist. Follow Naloxone Administration Clinical Guidelines.

- Dilute Naloxone 0.4 mg/mL with 9 mL NS (concentration 0.04 mg/mL)
- Administer 0.04 mg IV as rapid bolus, assess response and repeat bolus of 0.04 mg q 3 minutes as required.
- If no improvement after 3 boluses (total 0.12 mg), re-consider diagnosis.

RR < 8 ET NDS >2 - Arrêter l'infusion; aviser l'anesthésiologiste. Suivre les Directives cliniques de l'administration du Naloxone.

- Diluer le Naloxone 0.4 mg/mL avec 9 mL NS (concentration 0.04 mg/mL)
- Administrer 0.04 mg IV comme bolus rapide, évaluer la réaction et répéter le bolus de 0.04 mg q 3 minutes tel qu'exigé.
- S'il n'y a aucune amélioration après 3 bolus (total 0.12 mg), reconsidérer le diagnostic.

See reverse for APS Coverage, Usual drug dosage, Anti-emetic Protocol, Anti-pruritic Protocol, and Contraindications to NSAID's.

Voir au verso pour le service de garde du SDA, les médicaments standards, le protocole antiémétique, le protocole antiprurigineux et les contre-indications aux AINS.

Date	Time-Heure	Anesthesiologist(e) (Printed name-Nom en majuscules)	Signature
Date noted-notée	Time-Heure	Processed by-Traité par	Signature (Nurse-Infirmière)

APS coverage-Couverture des SDA

Gen.-Gén. : Staff Anesthesiologist pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste de service : 715-7070

Civic : **Weekdays-Jours de la semaine** 0800-1600

Staff Anesthesiologist pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste de service : 274-6241

Evenings-Soirée, weekends-fin de semaine, holidays-vacances

Anesthesiology Resident pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste résident : 719-7317

EPIDURAL ANALGESIA DRUG DOSAGE-DOSE POUR MÉDICAMENT D'ANESTHÉSIE ÉPIDURALE

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
-------------------	---------------	--------------	--------------	--------------------------------

PCEA-AECP

Meperidine	2 mg/mL	10 mg	15 mins	10 mg/hr Optional
Hydromorphone	20 mcg/mL	80 mcg	15 mins	80 mcg/hr Optional

EPIDURAL INFUSION-INFUSION ÉPIDURALE

Fentanyl / Bupivacaine / Epinephrine	2 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Hydromorphone / Bupivacaine / Epinephrine	10 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Hydromorphone / Bupivacaine / Epinephrine	20 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Bupivacaine / Epinephrine	1 mg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr

Anti-emetic Protocol:

1. **IF** the maximum dose of the first ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the second ordered drug, if applicable.
2. **IF** the maximum dose of the second ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the third order drug, if applicable.
3. **IF** all ordered medications have been administered without relief of symptoms after 30 minutes, contact the APS.

Anti-pruritic Protocol:

1. **IF** the maximum dose of the first ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the second ordered drug, if applicable.
2. **IF** all ordered medication has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, contact the APS.

Protocole antiémétique :

1. **SI** la dose maximale du premier médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le second médicament prescrit, s'il en existe un.
2. **SI** la dose maximale du second médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le troisième médicament prescrit, s'il en existe un.
3. **SI** tous les médicaments ordonnés ont été administrés sans le soulagement des symptômes après 30 minutes, communiquer avec le SDA.

Protocole antiprurigineux :

1. **SI** la dose maximale du premier médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le second médicament prescrit, s'il en existe un.
2. **SI** tous les médicaments ont été administrés sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, communiquer avec le SDA.

Identified Contraindications for Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID)

Contraindications aux antiinflammatoires non-stéroïdiques (AINS)

CHF Défaillance cardiaque	Bleeding disorders Problème de coagulation	Surgical reason Raison chirurgicale	Renal insufficiency Insuffisance rénale	History of peptic ulcer disease Antécédents d'ulcère peptique
------------------------------	---	--	--	--

Syndrome of nasal polyps, angioedema/bronchospastic reactivity to ASA or other NSAIDs
Syndrome de polypes nasaux, angioédème/bronchospasme suite à l'AAS ou autres AINS



Attending Anesthesiologist
 Anesthésiologiste traitant

Procedure/Indication-Intervention/Indication

Past medical history-Antécédents médicaux

Medication allergies/Adverse reaction-Allergies aux médicaments/Réactions indésirables

Medications-Médicaments

History of analgesic/NSAID-Utilisation antérieure d'analgésiques/AINS

Contraindication to NSAID's-Contre-indication au AINS N Y-O (specify-préciser)

Processed-Traité		Processed-Traité	
Epidural Interspace level-Niveau épidural interspace : _____ Usual BP TA habituelle			
Catheter length at skin-Marque à la peau _____ cm			
Depth to epidural space-Profondeur à l'espace épidural _____ cm			
Epidural Infusion Infusion épidurale	<input type="checkbox"/> Fentanyl 2 mcg/mL	Anti-emetic Antémétique	<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 10 mcg/mL		<input type="checkbox"/> Prochlorperazine <input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg IV q6h prn
	<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
	<input type="checkbox"/> * SPECIAL ORDER NON STOCK (see below)		
START INFUSION AT: _____ mL/hr		Anti-puritic Antiprurit- guineux	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
RANGE: _____ TO: _____ mL/hr			<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
Nurse controlled bolus: 4 mL as per Titration Guidelines		Adjuvant Adjuvant	<input type="checkbox"/> Acetaminophen 650 mg PO/PR q4h <input type="checkbox"/> straight while awake OR <input type="checkbox"/> prn
TITRATE AND DISCONTINUE EPIDURAL AS PER GUIDELINES			<input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking po
			OR
			<input type="checkbox"/> Ibuprofen 400 mg PO q4hr (Obstetrics) OR
PCEA-AECP	<input type="checkbox"/> Meperidine 2 mg/mL		<input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR)
	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 20 mcg/mL		<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> 0.5 mg OR <input type="checkbox"/> 1 mg SL/PO at HS prn insomnia
	<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Other _____
	DOSE _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg		<input type="checkbox"/> Other _____
DELAY 15 min			
INFUSION _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr			
MAX # OF BOLUS/HR 4			
DISCONTINUE EPIDURAL AS PER GUIDELINES			

* SPECIAL ORDER Hydromorphone 20 mcg/mL + Bupivacaine 0.1% (1 mg/mL) + Epinephrine 2 mcg/mL
 Bupivacaine 0.1% + Epinephrine 2 mcg/mL

N P O R T O E S R E D' S V O N L O U T T E S O N	Date	Comments-Commentaires	M.D.	Entree Entrée

Date Discharged from APS
 Date du congé des SDA

Date	Time-Heure	Anesthesiologist(e) (Printed name-Nom en majuscules)	Signature
Date noted-notée	Time-Heure	Processed by-Traité par	Signature (Nurse-Infirmière)

APS coverage-Couverture des SDA

Gen.-Gén. : Staff Anesthesiologist pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste de service : 715-7070

Civic : **Weekdays-Jours de la semaine** 0800-1600

Staff Anesthesiologist pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste de service : 274-6241

Evenings-Soirée, weekends-fin de semaine, holidays-vacances

Anesthesiology Resident pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste résident : 719-7317

EPIDURAL ANALGESIA DRUG DOSAGE-DOSE POUR MÉDICAMENT D'ANESTHÉSIE ÉPIDURALE

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
-------------------	---------------	--------------	--------------	--------------------------------

PCEA-AECP

Meperidine	2 mg/mL	10 mg	15 mins	10 mg/hr Optional
Hydromorphone	20 mcg/mL	80 mcg	15 mins	80 mcg/hr Optional

EPIDURAL INFUSION-INFUSION ÉPIDURALE

Fentanyl / Bupivacaine / Epinephrine	2 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Hydromorphone / Bupivacaine / Epinephrine	10 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Hydromorphone / Bupivacaine / Epinephrine	20 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Bupivacaine / Epinephrine	1 mg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr

Anti-emetic Protocol:

1. **IF** the maximum dose of the first ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the second ordered drug, if applicable.
2. **IF** the maximum dose of the second ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the third order drug, if applicable.
3. **IF** all ordered medications have been administered without relief of symptoms after 30 minutes, contact the APS.

Anti-pruritic Protocol:

1. **IF** the maximum dose of the first ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the second ordered drug, if applicable.
2. **IF** all ordered medication has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, contact the APS.

Protocole antiémétique :

1. **SI** la dose maximale du premier médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le second médicament prescrit, s'il en existe un.
2. **SI** la dose maximale du second médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le troisième médicament prescrit, s'il en existe un.
3. **SI** tous les médicaments ordonnés ont été administrés sans le soulagement des symptômes après 30 minutes, communiquer avec le SDA.

Protocole antiprurigineux :

1. **SI** la dose maximale du premier médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le second médicament prescrit, s'il en existe un.
2. **SI** tous les médicaments ont été administrés sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, communiquer avec le SDA.

Identified Contraindications for Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID)

Contraindications aux antiinflammatoires non-stéroïdiques (AINS)

CHF Défaillance cardiaque	Bleeding disorders Problème de coagulation	Surgical reason Raison chirurgicale	Renal insufficiency Insuffisance rénale	History of peptic ulcer disease Antécédents d'ulcère peptique
------------------------------	---	--	--	--

Syndrome of nasal polyps, angioedema/bronchospastic reactivity to ASA or other NSAIDs
Syndrome de polypes nasaux, angioédème/bronchospasme suite à l'AAS ou autres AINS



Attending Anesthesiologist
 Anesthésiologiste traitant

Procedure/Indication-Intervention/Indication

Past medical history-Antécédents médicaux

Medication allergies/Adverse reaction-Allergies aux médicaments/Réactions indésirables

Medications-Médicaments

History of analgesic/NSAID-Utilisation antérieure d'analgésiques/AINS

Contraindication to NSAID's-Contre-indication au AINS N Y-O (specify-préciser)

Processed-Traité		Processed-Traité	
Epidural Interspace level-Niveau épidural interspace : _____ Usual BP TA habituelle			
Catheter length at skin-Marque à la peau _____ cm			
Depth to epidural space-Profondeur à l'espace épidural _____ cm			
Epidural Infusion Infusion épidurale	<input type="checkbox"/> Fentanyl 2 mcg/mL	Anti-emetic Antémétique	<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 10 mcg/mL		<input type="checkbox"/> Prochlorperazine <input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg IV q6h prn
	<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
	<input type="checkbox"/> * SPECIAL ORDER NON STOCK (see below)		
} + Bupivacaine 0.1% (1 mg/mL) + Epinephrine 2 mcg/mL		Anti-puritic Antipruritiques	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
START INFUSION AT: _____ mL/hr RANGE: _____ TO: _____ mL/hr			<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
Nurse controlled bolus: 4 mL as per Titration Guidelines TITRATE AND DISCONTINUE EPIDURAL AS PER GUIDELINES		Adjuvant Adjuvant	<input type="checkbox"/> Acetaminophen 650 mg PO/PR q4h <input type="checkbox"/> straight while awake OR <input type="checkbox"/> prn
PCEA-AECP			<input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking po
<input type="checkbox"/> Meperidine 2 mg/mL			OR
<input type="checkbox"/> Hydromorphone 20 mcg/mL			<input type="checkbox"/> Ibuprofen 400 mg PO q4hr (Obstetrics)
<input type="checkbox"/> Other _____		OR	<input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR)
DOSE _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg			<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> 0.5 mg OR <input type="checkbox"/> 1 mg SL/PO at HS prn insomnia
DELAY 15 min			<input type="checkbox"/> Other _____
INFUSION _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr			<input type="checkbox"/> Other _____
MAX # OF BOLUS/HR 4			<input type="checkbox"/> Other _____
DISCONTINUE EPIDURAL AS PER GUIDELINES			

* SPECIAL ORDER Hydromorphone 20 mcg/mL + Bupivacaine 0.1% (1 mg/mL) + Epinephrine 2 mcg/mL
 Bupivacaine 0.1% + Epinephrine 2 mcg/mL

P R O G R E S S N O T E S	Date	Comments-Commentaires	M.D.	Entree Entrée

Date Discharged from APS
 Date du congé des SDA

Date	Time-Heure	Anesthesiologist(e) (Printed name-Nom en majuscules)	Signature
Date noted-notée	Time-Heure	Processed by-Traité par	Signature (Nurse-Infirmière)

APS coverage-Couverture des SDA

Gen.-Gén. : Staff Anesthesiologist pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste de service : 715-7070

Civic : **Weekdays-Jours de la semaine** 0800-1600

Staff Anesthesiologist pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste de service : 274-6241

Evenings-Soirée, weekends-fin de semaine, holidays-vacances

Anesthesiology Resident pager-Téléavertisseur de l'anesthésiologiste résident : 719-7317

EPIDURAL ANALGESIA DRUG DOSAGE-DOSE POUR MÉDICAMENT D'ANESTHÉSIE ÉPIDURALE

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
-------------------	---------------	--------------	--------------	--------------------------------

PCEA-AECP

Meperidine	2 mg/mL	10 mg	15 mins	10 mg/hr Optional
Hydromorphone	20 mcg/mL	80 mcg	15 mins	80 mcg/hr Optional

EPIDURAL INFUSION-INFUSION ÉPIDURALE

Fentanyl / Bupivacaine / Epinephrine	2 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Hydromorphone / Bupivacaine / Epinephrine	10 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Hydromorphone / Bupivacaine / Epinephrine	20 mcg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr
Bupivacaine / Epinephrine	1 mg/mL	4 mL	30 mins	4-12 mL/hr

Anti-emetic Protocol:

1. **IF** the maximum dose of the first ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the second ordered drug, if applicable.
2. **IF** the maximum dose of the second ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the third order drug, if applicable.
3. **IF** all ordered medications have been administered without relief of symptoms after 30 minutes, contact the APS.

Anti-pruritic Protocol:

1. **IF** the maximum dose of the first ordered drug has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, give the second ordered drug, if applicable.
2. **IF** all ordered medication has been administered without relief of symptoms after 30 minutes, contact the APS.

Protocole antiémétique :

1. **SI** la dose maximale du premier médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le second médicament prescrit, s'il en existe un.
2. **SI** la dose maximale du second médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le troisième médicament prescrit, s'il en existe un.
3. **SI** tous les médicaments ordonnés ont été administrés sans le soulagement des symptômes après 30 minutes, communiquer avec le SDA.

Protocole antiprurigineux :

1. **SI** la dose maximale du premier médicament prescrit a été administrée au patient sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, administrer le second médicament prescrit, s'il en existe un.
2. **SI** tous les médicaments ont été administrés sans effets thérapeutiques dans les 30 minutes suivantes, communiquer avec le SDA.

Identified Contraindications for Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAID)

Contraindications aux antiinflammatoires non-stéroïdiques (AINS)

CHF Défaillance cardiaque	Bleeding disorders Problème de coagulation	Surgical reason Raison chirurgicale	Renal insufficiency Insuffisance rénale	History of peptic ulcer disease Antécédents d'ulcère peptique
------------------------------	---	--	--	--

Syndrome of nasal polyps, angioedema/bronchospastic reactivity to ASA or other NSAIDs
Syndrome de polypes nasaux, angioédème/bronchospasme suite à l'AAS ou autres AINS