



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 (see reverse)-Contre-indication au AINS (voir verso) N Y-O (specify-préciser)

Processed-Traité		Processed-Traité											
Patient Controlled Analgesia (PCA) Anesthésie contrôlée par le patient (ACP)	IV	<input type="checkbox"/> Morphine 2 mg/mL <input type="checkbox"/> Hydromorphone (CIV-400 mcg/mL) (GEN-0.4 mg/mL-order in mg) <input type="checkbox"/> * SPECIAL ORDER NON STOCK (see below)	Single dose: <input type="checkbox"/> Intrathecal <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Morphine _____ mg <input type="checkbox"/> Hydromorphone _____ mg at _____ hrs on ____/____/____ Opioid analgesia for 24 hours from time of single dose administration as selected:										
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">CIVIC</td> <td style="text-align: center;">GENERAL</td> </tr> <tr> <td>Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL</td> </tr> <tr> <td>Delay _____ min</td> <td>_____ min</td> </tr> <tr> <td>Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr</td> </tr> <tr> <td>1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL</td> </tr> </table>	CIVIC	GENERAL	Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL	Delay _____ min	_____ min	Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr	_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr	1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 1-2 mg PO q4h prn <input type="checkbox"/> Hydromorphone 0.5-1 mg SC q4h prn OR <input type="checkbox"/> Morphine 5-10 mg PO q4h prn <input type="checkbox"/> Morphine 2.5-5 mg SC q4h prn
	CIVIC	GENERAL											
	Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL											
Delay _____ min	_____ min												
Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr	_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr												
1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL												
	WEAN IV PCA AS PER GUIDELINES.	<input type="checkbox"/> Acetaminophen 650 mg PO/PR q4h <input type="checkbox"/> straight while awake OR <input type="checkbox"/> prn <input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking prn OR <input type="checkbox"/> Ibuprofen 400 mg PO q4hr (Obstetrics) OR <input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR) <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											
Anti-emetic Antiémitique	<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn <input type="checkbox"/> Prochlorperazine <input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg IV q6h prn <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn	Adjunctive Adjuvant											
Anti-pruritic Antiprurigineux	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn												

* SPECIAL ORDER

<input type="checkbox"/> Fentanyl 50 mcg/mL (GEN-order in mL)	<input type="checkbox"/> Morphine 2 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL	} (order dose and program pump as per Morphine)
<input type="checkbox"/> Meperidine 20 mg/mL	<input type="checkbox"/> Morphine 5 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL	
	<input type="checkbox"/> Morphine 10 mg/mL + Ketamine 2 mg/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

IV DRUG DOSAGE-DOSE DE MÉDICAMENT INTRA VEINEUX

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
STANDARD DRUGS-MÉDICAMENTS STANDARDS		OPTIONAL		
Morphine	2 mg/mL	0.5-2 mg	5-10 mins	1 mg/hr
Morphine / Ketamine	2 mg/mL/2mg/mL	1-2 mg	5-10 mins	1 mg/hr
Hydromorphone	0.4 mg/mL = 400 mcg/mL	0.1-0.4 mg = 100-400 mcg	5-10 mins	0.2 mg/hr = 200 mcg/hr
Fentanyl	50 mcg/mL	25-50 mcg	5-10 mins	25 mcg/hr
SPECIAL ORDER NON-STOCK-COMMANDE SPÉCIALE NON À L'INVENTAIRE				
* Meperidine	20 mg/mL	10-20 mg	5-10 mins	10 mg/hr
* ATTENTION - For patients with renal failure-Pour les patients avec défaillance rénale - limit dose-dose limite = 10 mg/kg/24 hrs				
Morphine / Ketamine	5 mg/mL/2 mg/mL	2-4 mg	5-10 mins	3 mg/hr
Morphine / Ketamine	10 mg/mL/2 mg/mL	4-6 mg	5-10 mins	5 mg/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)**Contre-indications aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (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, angioedème/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 (see reverse)-Contre-indication au AINS (voir verso) N Y-O (specify-préciser)

Processed-Traité		Processed-Traité												
Patient Controlled Analgesia (PCA) Anesthésie contrôlée par le patient (ACP)	IV	<input type="checkbox"/> Morphine 2 mg/mL <input type="checkbox"/> Hydromorphone (CIV-400 mcg/mL) (GEN-0.4 mg/mL-order in mg) <input type="checkbox"/> * SPECIAL ORDER NON STOCK (see below)	Neuraxial Route Par voie neuraxiale	Single dose: <input type="checkbox"/> Intrathecal <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Morphine _____ mg <input type="checkbox"/> Hydromorphone _____ mg at _____ hrs on ____/____/____ Opioid analgesia for 24 hours from time of single dose administration as selected:										
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">CIVIC</td> <td style="text-align: center;">GENERAL</td> </tr> <tr> <td>Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL</td> </tr> <tr> <td>Delay _____ min</td> <td>_____ min</td> </tr> <tr> <td>Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr</td> </tr> <tr> <td>1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL</td> </tr> </table>		CIVIC	GENERAL	Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL	Delay _____ min	_____ min	Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr	_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr	1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 1-2 mg PO q4h prn <input type="checkbox"/> Hydromorphone 0.5-1 mg SC q4h prn OR <input type="checkbox"/> Morphine 5-10 mg PO q4h prn <input type="checkbox"/> Morphine 2.5-5 mg SC q4h prn
	CIVIC	GENERAL												
	Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL												
Delay _____ min	_____ min													
Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr	_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr													
1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL													
	WEAN IV PCA AS PER GUIDELINES.	<input type="checkbox"/> Acetaminophen 650 mg PO/PR q4h <input type="checkbox"/> straight while awake OR <input type="checkbox"/> prn <input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking prn OR <input type="checkbox"/> Ibuprofen 400 mg PO q4hr (Obstetrics) OR <input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR)												
	<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn <input type="checkbox"/> Prochlorperazine <input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg IV q6h prn <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn	Adjunctive Adjuvant	<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											
Anti-emetic Antémétique	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn													
Anti-pruritic Antiprurigineux														

* SPECIAL ORDER

<input type="checkbox"/> Fentanyl 50 mcg/mL (GEN-order in mL)	<input type="checkbox"/> Morphine 2 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL	}	(order dose and program pump as per Morphine)
<input type="checkbox"/> Meperidine 20 mg/mL	<input type="checkbox"/> Morphine 5 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL		
	<input type="checkbox"/> Morphine 10 mg/mL + Ketamine 2 mg/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

IV DRUG DOSAGE-DOSE DE MÉDICAMENT INTRA VEINEUX

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
STANDARD DRUGS-MÉDICAMENTS STANDARDS		OPTIONAL		
Morphine	2 mg/mL	0.5-2 mg	5-10 mins	1 mg/hr
Morphine / Ketamine	2 mg/mL/2mg/mL	1-2 mg	5-10 mins	1 mg/hr
Hydromorphone	0.4 mg/mL = 400 mcg/mL	0.1-0.4 mg = 100-400 mcg	5-10 mins	0.2 mg/hr = 200 mcg/hr
Fentanyl	50 mcg/mL	25-50 mcg	5-10 mins	25 mcg/hr
SPECIAL ORDER NON-STOCK-COMMANDE SPÉCIALE NON À L'INVENTAIRE				
* Meperidine	20 mg/mL	10-20 mg	5-10 mins	10 mg/hr
* ATTENTION - For patients with renal failure-Pour les patients avec défaillance rénale - limit dose-dose limite = 10 mg/kg/24 hrs				
Morphine / Ketamine	5 mg/mL/2 mg/mL	2-4 mg	5-10 mins	3 mg/hr
Morphine / Ketamine	10 mg/mL/2 mg/mL	4-6 mg	5-10 mins	5 mg/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)

Contre-indications aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (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, angioedème/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 (see reverse)-Contre-indication au AINS (voir verso) N Y-O (specify-préciser)

Processed-Traité		Processed-Traité											
Patient Controlled Analgesia (PCA) Anesthésie contrôlée par le patient (ACP)	IV <input type="checkbox"/> Morphine 2 mg/mL <input type="checkbox"/> Hydromorphone (CIV-400 mcg/mL) (GEN-0.4 mg/mL-order in mg) <input type="checkbox"/> * SPECIAL ORDER NON STOCK (see below)	Neuraxial Route Par voie neuraxiale	Single dose: <input type="checkbox"/> Intrathecal <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Morphine _____ mg <input type="checkbox"/> Hydromorphone _____ mg at _____ hrs on ____/____/____ Opioid analgesia for 24 hours from time of single dose administration as selected:										
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">CIVIC</td> <td style="text-align: center;">GENERAL</td> </tr> <tr> <td>Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL</td> </tr> <tr> <td>Delay _____ min</td> <td>_____ min</td> </tr> <tr> <td>Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr</td> </tr> <tr> <td>1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL</td> </tr> </table> <p>WEAN IV PCA AS PER GUIDELINES.</p>		CIVIC	GENERAL	Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL	Delay _____ min	_____ min	Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr	_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr	1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 1-2 mg PO q4h prn <input type="checkbox"/> Hydromorphone 0.5-1 mg SC q4h prn OR <input type="checkbox"/> Morphine 5-10 mg PO q4h prn <input type="checkbox"/> Morphine 2.5-5 mg SC q4h prn
	CIVIC		GENERAL										
Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL												
Delay _____ min	_____ min												
Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr	_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr												
1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL												
<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn <input type="checkbox"/> Prochlorperazine <input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg IV q6h prn <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn	Adjunctive Adjuvant	<input type="checkbox"/> Acetaminophen 650 mg PO/PR q4h <input type="checkbox"/> straight while awake OR <input type="checkbox"/> prn <input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking prn OR <input type="checkbox"/> Ibuprofen 400 mg PO q4hr (Obstetrics) OR <input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR)											
<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn		<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											

- * SPECIAL ORDER
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fentanyl 50 mcg/mL (GEN-order in mL) | <input type="checkbox"/> Morphine 2 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL | } (order dose and program pump as per Morphine) |
| <input type="checkbox"/> Meperidine 20 mg/mL | <input type="checkbox"/> Morphine 5 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL | |
| | <input type="checkbox"/> Morphine 10 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL | |

NOTIFICATION	Date	Comments-Commentaires	M.D.	Enter

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

IV DRUG DOSAGE-DOSE DE MÉDICAMENT INTRA VEINEUX

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
STANDARD DRUGS-MÉDICAMENTS STANDARDS		OPTIONAL		
Morphine	2 mg/mL	0.5-2 mg	5-10 mins	1 mg/hr
Morphine / Ketamine	2 mg/mL/2mg/mL	1-2 mg	5-10 mins	1 mg/hr
Hydromorphone	0.4 mg/mL = 400 mcg/mL	0.1-0.4 mg = 100-400 mcg	5-10 mins	0.2 mg/hr = 200 mcg/hr
Fentanyl	50 mcg/mL	25-50 mcg	5-10 mins	25 mcg/hr
SPECIAL ORDER NON-STOCK-COMMANDE SPÉCIALE NON À L'INVENTAIRE				
* Meperidine	20 mg/mL	10-20 mg	5-10 mins	10 mg/hr
* ATTENTION - For patients with renal failure-Pour les patients avec défaillance rénale - limit dose-dose limite = 10 mg/kg/24 hrs				
Morphine / Ketamine	5 mg/mL/2 mg/mL	2-4 mg	5-10 mins	3 mg/hr
Morphine / Ketamine	10 mg/mL/2 mg/mL	4-6 mg	5-10 mins	5 mg/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)

Contre-indications aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (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, angioedème/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 (see reverse)-Contre-indication au AINS (voir verso) N Y-O (specify-préciser)

Processed-Traité		Processed-Traité											
Patient Controlled Analgesia (PCA) Anesthésie contrôlée par le patient (ACP)	IV <input type="checkbox"/> Morphine 2 mg/mL <input type="checkbox"/> Hydromorphone (CIV-400 mcg/mL) (GEN-0.4 mg/mL-order in mg) <input type="checkbox"/> * SPECIAL ORDER NON STOCK (see below)	Neuraxial Route Par voie neuraxiale	Single dose: <input type="checkbox"/> Intrathecal <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Morphine _____ mg <input type="checkbox"/> Hydromorphone _____ mg at _____ hrs on ____/____/____ Opioid analgesia for 24 hours from time of single dose administration as selected:										
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">CIVIC</td> <td style="text-align: center;">GENERAL</td> </tr> <tr> <td>Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL</td> </tr> <tr> <td>Delay _____ min</td> <td>_____ min</td> </tr> <tr> <td>Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr</td> </tr> <tr> <td>1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg</td> <td>_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL</td> </tr> </table> <p>WEAN IV PCA AS PER GUIDELINES.</p>		CIVIC	GENERAL	Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL	Delay _____ min	_____ min	Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr	_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr	1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL	<input type="checkbox"/> Hydromorphone 1-2 mg PO q4h prn <input type="checkbox"/> Hydromorphone 0.5-1 mg SC q4h prn OR <input type="checkbox"/> Morphine 5-10 mg PO q4h prn <input type="checkbox"/> Morphine 2.5-5 mg SC q4h prn
	CIVIC		GENERAL										
Dose _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL												
Delay _____ min	_____ min												
Infusion _____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mcg/hr	_____ <input type="checkbox"/> mg/hr <input type="checkbox"/> mL/hr												
1 hr limit _____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mcg	_____ <input type="checkbox"/> mg <input type="checkbox"/> mL												
<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn <input type="checkbox"/> Prochlorperazine <input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg IV q6h prn <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn	Adjunctive Adjuvant	<input type="checkbox"/> Acetaminophen 650 mg PO/PR q4h <input type="checkbox"/> straight while awake OR <input type="checkbox"/> prn <input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking p OR <input type="checkbox"/> Ibuprofen 400 mg PO q4hr (Obstetrics) OR <input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR)											
<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn <input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn		<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											

- * SPECIAL ORDER
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fentanyl 50 mcg/mL (GEN-order in mL) | <input type="checkbox"/> Morphine 2 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL | } (order dose and program pump as per Morphine) |
| <input type="checkbox"/> Meperidine 20 mg/mL | <input type="checkbox"/> Morphine 5 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL | |
| | <input type="checkbox"/> Morphine 10 mg/mL + Ketamine 2 mg/mL | |

PROGRESS NOTES	Date	Comments-Commentaires	M.D.	Entered	

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

IV DRUG DOSAGE-DOSE DE MÉDICAMENT INTRA VEINEUX

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
STANDARD DRUGS-MÉDICAMENTS STANDARDS		OPTIONAL		
Morphine	2 mg/mL	0.5-2 mg	5-10 mins	1 mg/hr
Morphine / Ketamine	2 mg/mL/2mg/mL	1-2 mg	5-10 mins	1 mg/hr
Hydromorphone	0.4 mg/mL = 400 mcg/mL	0.1-0.4 mg = 100-400 mcg	5-10 mins	0.2 mg/hr = 200 mcg/hr
Fentanyl	50 mcg/mL	25-50 mcg	5-10 mins	25 mcg/hr
SPECIAL ORDER NON-STOCK-COMMANDE SPÉCIALE NON À L'INVENTAIRE				
* Meperidine	20 mg/mL	10-20 mg	5-10 mins	10 mg/hr
* ATTENTION - For patients with renal failure-Pour les patients avec défaillance rénale - limit dose-dose limite = 10 mg/kg/24 hrs				
Morphine / Ketamine	5 mg/mL/2 mg/mL	2-4 mg	5-10 mins	3 mg/hr
Morphine / Ketamine	10 mg/mL/2 mg/mL	4-6 mg	5-10 mins	5 mg/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)

Contre-indications aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens (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, angioedème/bronchospasme suite à l'AAS ou autres AINS