



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	
Single dose Unit-dose	Neuraxial route-Voie neuraxiale : <input type="checkbox"/> Intrathecal <input type="checkbox"/> Epidural	Anti-puritic Antiprurigineux	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
	<input type="checkbox"/> Morphine _____ mg <input type="checkbox"/> Hydromorphone _____ mcg		<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
Plexus	Plexus site-Endroit du plexus : <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Other: _____	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"/> _____ (Medication)		<input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking po
Anti-emetic Antiémetique	<input type="checkbox"/> Ropivacaine 0.2% (2 mg/mL)		OR
	<input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR)
	DOSE _____ <input type="checkbox"/> mL DELAY 30 min		<input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> 0.5 OR <input type="checkbox"/> 1 mg SL/PO at HS prn insomni
	INFUSION _____ <input type="checkbox"/> mL/hr		<input type="checkbox"/> Oxycodone IR
	MAX # OF BOLUS/HR 2		<input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg PO q4hr prn breakthrough
	<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn		<input type="checkbox"/> Oxycodone CR (Oxycontin) <input type="checkbox"/> 10 mg OR <input type="checkbox"/> 20 mg PO q12h (start if more than 10 mg Oxycodone IR is used in previous 12 hours)
	<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		

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

REGIONAL ANALGESIA DRUG DOSAGE-DOSE POUR MÉDICAMENT D'ANESTHÉSIE RÉGIONALE

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
Ropivacaine 0.2%	2 mg/mL	5 mL	30 mins	5 mL/hr (5-10 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	
Single dose Unit-dose	Neuraxial route-Voie neuraxiale : <input type="checkbox"/> Intrathecal <input type="checkbox"/> Epidural	Anti-puritic Antiprurigineux	<input type="checkbox"/> Diphenhydramine <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn
	<input type="checkbox"/> Morphine _____ mg <input type="checkbox"/> Hydromorphone _____ mcg		<input type="checkbox"/> Ondansetron 4 mg IV q6h prn
Plexus	Plexus site-Endroit du plexus : <input type="checkbox"/> Femoral <input type="checkbox"/> Other: _____	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"/> _____ (Medication)		<input type="checkbox"/> Naproxen <input type="checkbox"/> 500 mg PR q12h OR <input type="checkbox"/> 250 mg PO TID with meals when taking po
Anti-emetic Antiémetique	<input type="checkbox"/> Ropivacaine 0.2% (2 mg/mL)		OR
	<input type="checkbox"/> Other: _____		<input type="checkbox"/> Ketorolac 10 mg IV q4h (if unable to take PO or PR)
	DOSE _____ <input type="checkbox"/> mL DELAY 30 min		<input type="checkbox"/> Lorazepam 0.5 OR 1 mg SL/PO at HS prn insomni
	INFUSION _____ <input type="checkbox"/> mL/hr		<input type="checkbox"/> Oxycodone IR
	MAX # OF BOLUS/HR 2		<input type="checkbox"/> 5 mg OR <input type="checkbox"/> 10 mg PO q4hr prn breakthrough
	<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate <input type="checkbox"/> 25 mg OR <input type="checkbox"/> 50 mg IV q4h prn		<input type="checkbox"/> Oxycodone CR (Oxycontin) <input type="checkbox"/> 10 mg OR <input type="checkbox"/> 20 mg PO q12h (start if more than 10 mg Oxycodone IR is used in previous 12 hours)
	<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		

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 LOS >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

REGIONAL ANALGESIA DRUG DOSAGE-DOSE POUR MÉDICAMENT D'ANESTHÉSIE RÉGIONALE

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
Ropivacaine 0.2%	2 mg/mL	5 mL	30 mins	5 mL/hr (5-10 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

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

REGIONAL ANALGESIA DRUG DOSAGE-DOSE POUR MÉDICAMENT D'ANESTHÉSIE RÉGIONALE

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
Ropivacaine 0.2%	2 mg/mL	5 mL	30 mins	5 mL/hr (5-10 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

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

REGIONAL ANALGESIA DRUG DOSAGE-DOSE POUR MÉDICAMENT D'ANESTHÉSIE RÉGIONALE

Drugs-Médicaments	Concentration	Bolus - dose	Delay-Retard	Basal infusion-Infusion basale
Ropivacaine 0.2%	2 mg/mL	5 mL	30 mins	5 mL/hr (5-10 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