

**CLINIQUE RELAIS– TAOi :**  
**Évaluation infirmière dosage (titration)**

**Identification Usager**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Dossier # : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_

Allergie : \_\_\_\_\_

Session (s) manquée(s): Non :  Oui :  Précisez : Nb de doses : \_\_\_\_\_ Nb de jours : \_\_\_\_\_

**Aviser le médecin pour passage à l'ordonnance de maintien si :**

▪ Patient décline la 2<sup>e</sup> dose

▪ Patient est confortable avec la dose atteinte ou désire une réduction de la dose prévue

Si le patient a manqué  $\geq 1$  jour ou  $\geq 3$  sessions consécutives (ce qui se produit en premier) : reprendre le protocole de titration

**Sédation excessive pré-injection : Si stade 4-5-6 : contacter le médecin STAT et attendre l'indication du médecin**

Date et heure de la dernière dose prise TAO : \_\_\_\_\_

DDR depuis dernier TAOi: \_\_\_\_\_

		Session AM			
		Pré Dose1	Post Dose 1	Pré Dose2	Post Dose2
Heure :					
• Dyskinésie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anxiété, agitation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Élocution difficile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Odeur d'alcool. Si oui, voir si alcootest prescrit. Résultat : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consommation objectivable d'un stimulant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Signes objectivables de sevrage, précisez : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respire normalement. Si non, fréquence respiratoire ; _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Degré de sédation selon échelle de Ramsay :</b>					
1. Éveillé; agité, anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Éveillé; coopérant, orienté et calme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Éveillé ou somnolent, répond toutefois aux commandes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Endormi; réponse vive à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Endormi; réponse faible à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Endormi; aucune réponse aux stimulations ci-haut mentionnées.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b><i>Si stade 4 : suspendre la prochaine dose</i></b>			
		<b><i>Si stade 5-6 : contacter le médecin STAT et suspendre la prochaine dose.</i></b>			
		<b><i>(et appliquer les ordonnances collectives appropriées stade 5-6)</i></b>			

Dose 1 session AM	Dose 2 session AM
Heure : _____	Heure : _____
Dose # 1 auto-administrée : _____mg Voie : IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/>	Dose #2 auto-administrée : _____mg Voie : IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/>
Site : _____	Site : _____

DDR depuis dernier TAOI : \_\_\_\_\_

		Session PM			
		Pré Dose1	Post Dose1	Pré Dose2	Post Dose2
Heure :					
• Dyskinésie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anxiété, agitation		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Élocution difficile		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Consommation objectivable d'un stimulant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Signes objectivables de sevrage, précisez : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Respire normalement. Si non, fréquence respiratoire ; _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Degré de sédation selon échelle de Ramsay :</b>					
1. Éveillé; agité, anxieux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Éveillé; coopérant, orienté et calme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Éveillé ou somnolent, répond toutefois aux commandes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Endormi; réponse vive à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Endormi; réponse faible à la stimulation douloureuse ou à un bruit intense		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Endormi; aucune réponse aux stimulations ci-haut mentionnées.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si stade 5-6 :  
appliquer les  
ordonnances collectives  
appropriées et  
contacter le médecin  
STAT*

Dose 1 session PM	Dose 2 session PM
Heure : _____	Heure : _____
Dose # 1 auto-administrée : _____mg Voie : IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/>	Dose #2 auto-administrée : _____mg Voie : IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/>
Site : _____	Site : _____

Si en post dose patient présente :

		AM	PM
Heure :			
Convulsions	<i>Si Midazolam administré en STAT tel que prescrit : Contacter le médecin STAT</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaction locale cutanée	<i>Si prise de Diphenhydramine :</i> ▪ PO : Aviser le médecin si > 10 doses en 7 jours sont utilisées ▪ IV/IM : si réaction sévère et aviser médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausée	<i>Si prise de Dimenhydrinate :</i> Aviser le médecin si > 10 doses en 7 jours sont utilisées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notes complémentaires :


Direction des programmes santé mentale et dépendance

Plan :

Nom de l'infirmière (en lettres moulées) : _____
Signature de l'infirmière : _____ Date et heure : _____