

- Urgence
- UTRF
- Hébergement

**ORDONNANCE INDIVIDUELLE  
PROTOCOLE DE DÉTRESSE  
OI – 06**

Cette case doit contenir:  
NO dossier, Nom et prénom, Date de naissance (aaaa-mm-jj).

**Midazolam (Versed): (injection en premier)**

Benzodiazépine (BZD) au dossier Critères	Dose recommandée (S.C.)	Prescription
- Aucune BZD ou - BZD sur une base PRN ou - BZD en prise unquotidienne ou - Poids < 70 kg	5 mg	_____ mg
- BZD + d'une fois par jour régulièrement ou - Poids ≥ 70 kg	10 mg	
- BZD à haute dose ou - Tolérance excessive BZD	≥15 mg*	

Si les critères rencontrés chez un usager correspondent à différentes doses recommandées, utiliser la dose la plus élevée des doses recommandées.

\*L'administration d'une dose de midazolam supérieure à 10 mg devrait reposer sur le jugement clinique du prescripteur.

**Opioides:**

Dose régulière analgésique S.C. aux 4 heures	Dose recommandée (S.C.)	Prescription
<b>MORPHINE</b>		
≤ 10 mg	10 mg	_____ mg
>10 mg à 30 mg	15 mg	
>30 mg	50% de la dose S.C. aux 4 heures (maximum : 50 mg)	
<b>HYDROMORPHONE</b>		
≤ 2 mg	2 mg	_____ mg
> 2 mg à 5 mg	2.5 mg	
> 5 mg	50% de la dose S.C. aux 4 heures (maximum : 8 mg)	

Pour le calcul d'équivalence avec le timbre de fentanyl, nous considérons qu'un timbre de 25 mcg correspond à 25 mg de morphine S.C. par 24 heures.

Si allergie aux opioides : \_\_\_\_\_

**Anticholinergique:**

Scopolamine	Prescription
0.4-0.8 mg S.C.	_____ mg

- **Protocole complet répétable?**  
après 20 minutes pour 1 fois   
ou  
après 30 minutes pour 1 fois .

SI AUCUNE CASE N'EST COCHÉE, LE PROTOCOLE N'EST PAS RÉPÉTABLE

Aviser le médecin **immédiatement** si le protocole:

- N'a pas fonctionné après la première dose ou si la dose répétable est nécessaire.
- Aviser le médecin **dans les 24 heures** si la première dose du protocole a fonctionné.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ :\_\_\_\_\_  
Année Mois Jour Heure

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

Peuvent être mélangés dans la même seringue