

# PENTHROX check list IDE

Version : 1

Date d'application : 30/01/2023

Indexation : URG-PCLI-017

## Annexe 1 : Check-list avant administration de PENTHROX

Patient < 18 ans	OUI	NON
S'agit-il d'un patient âgé et dément ?	OUI	NON
Le patient a-t-il eu une perte de connaissance initiale ?	OUI	NON
Y a-t-il un traumatisme crânien associé ?	OUI	NON
Son état de conscience est-il altéré (intoxication Ethylique, médicamenteuse, toxique)	OUI	NON
A-t-il un antécédent d'hyperthermie maligne ?	OUI	NON
Sa fièvre est-elle strictement supérieure à 38°C ?	OUI	NON
Le patient présente-t-il une instabilité hémodynamique ?	OUI	NON
(Hypotension artérielle, marbrures, tachycardie supérieure à 120/min)	OUI	NON
Est-il en détresse respiratoire ?	OUI	NON
Le patient nécessite-t-il une oxygénation au masque ?	OUI	NON
Est-il en insuffisance rénale ?	OUI	NON
Le patient a-t-il une allergie connue à la molécule ?	OUI	NON
La patiente est-elle enceinte ?	OUI	NON
Allaite-elle ?	OUI	NON
Avez-vous un doute sur la fiabilité des réponses données par le patient ?	OUI	NON
Le patient a-t-il eu une anesthésie dans les 3 mois précédents l'administration ?	OUI	NON

**En cas de réponse positive à un des items le patient ne pourra pas bénéficier du Pentrox®**

**En cas de réponse négative à tous les items, Pentrox® pourra être proposé au patient**

Le patient a été informé et a reçu une feuille d'information sur les risques d'anesthésie au sévoflurane pendant 3 mois

Fait le par IDE

Rédigé par : Dr N LECOULES

Vérifié par : Dr M OLIVIER

Approuvé par :

Dr M OLIVIER Dr S. FERNANDEZ