

 HOPITAUX DE ST-ETIENNE	<b>NOM :</b>  <b>Date :</b>  <b>Heure d'arrivée :</b>	<b>Prénom :</b>  <b>Poids (kg) :</b>	Etiquette PATIENT	
	Nom et Signature Prescripteur :		Nom de l'IDE et Signature :	
<b>NOM du médicament</b>	<b>Posologie (écrite en toute lettre)</b>	<b>Heure de prescription</b>	<b>Heure d'administration</b>	
Morphine Aguettant® 5mg/ml Voie Orale				

### SURVEILLANCE

Heures :	T0	T1/2 h	T 1 h	T 1h1/2	T 2h	T 2h1/2	Sortie de l'unité
<b>EVA</b>							
<b>OPS</b>							
<b>Echelle Visages</b>							
<b>Nausées</b>							
<b>Vomissements</b>							
<b>FR</b> Cycles /min							
<b>Somnolence</b> S0 à S4							
<b>SaO2</b> %							
<b>Autres</b>							

**S0 : réveillé,      S1 : réveillable par stimulation verbale,      S2 : réveillable par stimulation tactile,      S3 : non réveillable**  
**FR →** Enfant <1 an : >20 c/min      2-5 ans : > 15 c/min      > 5 ans : >12 c/min