

		Klinikknivå			Retningslinje
Administrering av Naloxon - ratiopharm 0,4 mg/ml SSA					Side 1 av 1
Dokumentplassering: II.SOA.APP.SENG.7-11	Godkjent dato: 10.05.2023	Gyldig til: 10.05.2025	Sist endret: 10.05.2023	Revisjon: 2.02	

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Avdeling pleie og poliklinikk/Sengeposter/Administrative rutiner

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Forlenget gyldighet til 10.05.2025 uten endringer i dokumentet.

Omfang: Prosedyren gjelder for sykepleiere.

Hensikt: Sikre at pasienter får forsvarlig sykepleie og behandling og dokumentasjon, slik at dette blir ivaretatt etter ulike myndighetskrav og krav i interne retningslinjer/prosedyrer.

Ansvar: Leder har ansvar for at prosedyren er tilgjengelig og kjent i avdelingen. Sykepleier som utfører prosedyren er ansvarlig for at prosedyren blir fulgt, og at dokumentasjon noteres i pasientens journal.

Definisjon: Naloxon 0,4 mg/ml gis ved overdosering av opioider i forbindelse med smertebehandling etter legens forordning.

Symptomer + tiltak ved overdosering av opioider:

- Respirasjonsdepresjon
Observer pasienten ved å telle respirasjonen. Normal respirasjon er 12 – 15 ganger pr. minutt. OBS!
Respirasjon < 8 pr. minutt

Hvis pasienten puster dårlig, prøv å stimulere han til å puste. Si at han må trekke pusten, klapp han på kinnet. Hvis ikke dette fører til bedre respirasjonsfrekvens hos pasienten må lege kontaktes for tilsyn og forordning av Naloxon (antidot). Ta kjeve tak for å sikre frie luftveier. **IKKE FORLAT PASIENTEN!**

Observer pasientens respirasjon, BT, puls og SA02 – evt. gi O2 ved
Hvis pasienten ikke puster: tilkall Stans team + gjennomfør prosedyre for stans.

Administrering av Naloxon:

- Trekk opp 1 ml (0,4 mg/ml) i en sprøyte.
Gi 0,25 ml (=0,1 mg) sakte i.v.
Samme dose kan evt. gjentas dersom pasienten ikke responderer iløpet av 30 – 60 sekunder. Observer virkning/bivirkning. Det er viktig å ikke gi for mye slik at hele den smertestillende effekten oppheves. (Virkning etter 30 – 60 sekunder. Varighet 45 minutter – 1 time).
- Vær OBS! på tilbakevendende sterke smerter, uro og forvirringstilstand hos pasienten.
Kan utløse kvalme, brekning, svetting eller tachycardi.

Kryssreferanser

[Handlemåte ved hjertestans på SSKLegemiddelhåndtering i SSHF](#)

[Tilberedning av legemidler - SSHF](#)

[Legemiddelhåndtering i SSHF](#)

Eksterne referanser

<http://felleskatalogen.no/>

Utarbeidet av: Kir senger SSK/ Sissel U. Ganes	Fagansvarlig: Knut Erik Mjaaland/ Aage V. Andersen	Verifisert av: []	Godkjent av: Mette Dobler Hamre	Dok.nr: D40193
--	--	-----------------------------	---	--------------------------