

**FEUILLE D'ORDONNANCE MÉDICALE
POUR
CHOC SEPTIQUE SÉVÈRE
À L'URGENCE**

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

Mettre vos initiales aux lignes applicables

GUIDE DE RÉFÉRENCE : AFFICHE CHOC SEPTIQUE PEDSPAC

INVESTIGATIONS

- Hémoculture
- FSC avec différentie/numération, PT/PTT
- Na, K, Cl, glucose, BUN/créatinine, gaz, lactate, Ca, Mg, Phos, bilirubine totale, AST, ALT, Phosphatase Alcaline

____ Compatibilité croisée (cross-match) _____ unités de culot sanguin _____ Dépistage de groupe sanguin
____ Rx poumons
____ Analyse et culture d'urine
____ Aspiration nasopharyngée pour virologie
____ Autres : _____

SOLUTÉS

IV #1

____ IV/IO 0,9% NaCl 20 mL/kg _____ mL bolus IV rapide sur 5-10 min (1^e bolus)

Heure Initiales

____ IV/IO 0,9% NaCl 20 mL/kg _____ mL bolus IV rapide sur 5-10 min (2^e bolus)

Heure Initiales

____ IV/IO 0,9% NaCl 20 mL/kg _____ mL bolus IV rapide sur 5-10 min (3^e bolus)

Heure Initiales

IV #2

____ IV/IO D5W 0,9% NaCl à _____ mL/h

Heure Initiales

____ Autres : _____

Pour perfusion intra-osseuse, considérer :

____ **Lidocaïne SANS AGENT DE CONSERVATION 2%** _____ mg (0,5 mg/kg/dose, MAX 40 mg)

Perfusé sur 1 – 2 minutes dans l'espace médullaire. Avec une irrigation de _____ mL NaCl 0,9%.

INOTROPES

____ **ÉPINÉPHrine** _____ mcg/kg/min (0,05- 0,3 mcg/kg/min) IV/IO (pour choc « froid »)

Heure Initiales

____ **NORépinéphrine** _____ mcg/kg/min (0,05- 0,3 mcg/kg/min) IV/IO (pour choc « chaud »)

Heure Initiales

____ **DOPamine** _____ mcg/kg/min (10 mcg/kg/min) IV/IO

Heure Initiales

POUR CHOC RÉSISTANT À LA CATÉCHOLAMINE :

____ **Hydrocortisone** _____ mg (2 mg/kg/dose) IV/IO x 1 suivi de _____ mg (1 mg/kg/dose) IV/IO q6h

Heure Initiales

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES – ANTIBIOTHÉRAPIE

____ **Ceftriaxone** _____ mg (100 mg/kg/dose, MAX 2 g) IV/IO q24h

____ **Vancomycine** _____ mg (15 mg/kg/dose, MAX 1 g) IV/IO q6h

LES ANTIBIOTIQUES SONT UNE THÉRAPIE EMPIRIQUE QUI DOIT ÊTRE RÉÉVALUÉE À L'OBTENTION D'AUTRES RÉSULTATS CLINIQUES ET DE LABORATOIRE, SOIT À L'HOSPITALISATION SOIT AVANT.

____ MÉDECIN (SIGNATURE)

____ NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)

____ DATE & HEURE

____ INFIRMIÈRE (SIGNATURE)

____ NOM DE L'INFIRMIÈRE (LETTRES MOULÉES)

____ DATE & HEURE

