



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

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

Mettez vos initiales aux lignes applicables

GUIDE DE RÉFÉRENCE : AFFICHE CHOC SEPTIQUE PEDSPAC

INVESTIGATIONS

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

____ Compatibilité sanguine (cross-match) _____ unités de culot sanguin _____ Type et dépistage du groupe

____ Rx poumons

____ Analyse et culture d'urine

____ Aspiration nasopharyngée pour virologie

____ Autres : _____

SOLUTÉS

IV #1

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

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

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

IV #2

____ Heure _____ Initiales IV/IO D5NS 0,9% NS à _____ mL/h

____ 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 NS 0,9%.

INOTROPES

____ Heure _____ Initiales **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

POUR CHOC RÉSISTANT AUX CATÉCHOLAMINES :

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

RECOMMANDATIONS EMPIRIQUES – 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