



**FEUILLE D'ORDONNANCE MÉDICALE
POUR
L'ÉTAT DE MAL
ÉPILEPTIQUE À
L'URGENCE**

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

Mettre SVP vos initiales aux lignes applicables

GUIDE DE RÉFÉRENCE : AFFICHE PEDSPAC ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE

- Évaluation ABC, TA, surveillance cardiorespiratoire
- Glycémie au chevet
 - Si $\leq 2,6$ mmol/L, administrer 5 mL/kg D10W bolus rapide IV, suivi de perfusion D10W @ 5 mL/kg/h (MAX 250 mL/h); revérifier glycémie au bout de 5 minutes
- Initiation d'IV 0,9% NS
- Acétaminophène 15 mg/kg/dose (MAX 650 mg/dose) IR, si fébrile

INVESTIGATIONS

____ FSC avec différentiel
____ Na, K, Cl, glucose, gaz veineux ou capillaire, BUN/créatinine
____ Ca, Mg, Phosphate
____ Dosages : _____ phénytoïne _____ phénobarbital _____ carbamazépine _____ acide valproïque
____ Autres : _____

SOLUTÉS

____ IV 0,9% NS _____ mL bolus sur _____ minutes
____ IV D10W _____ mL bolus IV rapide (5 mL/kg)

MÉDICAMENTS

Traitement préhospitalier (à domicile ou par ambulancier)

- Si une dose de benzodiazépine administrée, répéter dose x 1 et préparer médicament de 2^e ligne
- Si plusieurs doses de benzodiazépine administrées, passer directement au médicament de 2^e ligne

Médicaments de 1^{ère} ligne : benzodiazépines

Accès IV

Lorazépam _____ mg (0,1 mg/kg/dose, MAX 4 mg/dose) IV _____ (1^{ère} dose) _____ (2^e dose)
OU
Diazépam _____ mg (0,2 mg/kg/dose, MAX 10 mg/dose) IV _____ (1^{ère} dose) _____ (2^e dose)

PAS d'accès IV

____ **Midazolam INTRAMUSCULAIRE** _____ mg (0,2 mg/kg/dose, MAX 10 mg/dose)
OU
____ **Midazolam INTRANASAL** _____ mg (0,2 mg/kg/dose, MAX 5 mg/narine)
OU
____ **Midazolam BUCCAL** _____ mg (0,5 mg/kg/dose, MAX 10 mg/dose)
OU
____ **Diazépam PR** _____ mg (0,5 mg/kg/dose, MAX 20 mg/dose)

Si la convulsion persiste : répéter 1 dose de benzodiazépine après 5 min. Considérer établir un accès IO si les tentatives IV échouent.

*** Si la convulsion persiste après 2 doses de benzodiazépines :
passer aux médicaments de 2^e ligne en dedans de 5 min.***

Suite à la page 2...

MÉDECIN (SIGNATURE)

NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE

INFIRMIÈRE (SIGNATURE)

NOM DE L'INFIRMIÈRE (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE



**FEUILLE D'ORDONNANCE MÉDICALE
POUR
L'ÉTAT DE MAL
ÉPILEPTIQUE À
L'URGENCE**

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

... Suite de la page 1

Mettre vos initiales aux lignes applicables

Médicaments de 2^e ligne :

____ FOSphénytoïne _____ mg EP* (20 mg EP/kg/dose dans NS, MAX 1000 mg EP/dose) IV/IO sur 10 min
OU
____ Phénytoïne _____ mg (20 mg/kg/dose dans NS, MAX 1000 mg/dose) IV/IO sur 20 min
OU
____ Phénobarbital _____ mg (20 mg/kg/dose dans NS, MAX 1000 mg/dose) IV/IO sur 20 min

****Si la convulsion persiste, administrer un des suivants en dedans de 5 min.****

Médicaments de 2^e ligne :

Si la première dose était FOSphénytoïne/phénytoïne :

____ Phénobarbital _____ mg (20 mg/kg/dose dans NS, MAX 1000 mg/dose) IV/IO sur 20 min

OU

Si la première dose était phénobarbital :

____ FOSphénytoïne _____ mg EP* (20 mg EP/kg/dose dans NS, MAX 1000 mg EP/dose) IV/IO sur 10 min
OU
____ Phénytoïne _____ mg (20 mg/kg/dose dans NS, MAX 1000 mg/dose) IV/IO sur 20 min

* EP = Équivalents de phénytoïne

MÉDECIN (SIGNATURE)

NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE

INFIRMIÈRE (SIGNATURE)

NOM DE L'INFIRMIÈRE (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE