



**FEUILLE D'ORDONNANCE MÉDICALE
POUR
Prise en charge initiale pour suspicion
d'ACIDOSE DIABÉTIQUE
À L'URGENCE**

Page 1 de 2

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

Mettre vos initiales aux lignes applicables

DIÈTE

_____ NPO _____ Glaçons

SIGNES VITAUX & SURVEILLANCE

- Surveillance cardiorespiratoire, FR, FC, TA, SV neurologiques y compris évaluation des céphalées q1h
 - Dosage ingesta et excreta
- Autre : _____

INVESTIGATIONS INITIALES

- Na, K, Cl, glycémie, créatinine, urée, gaz veineux ou capillaire, osmolarité sérique
 - Analyse d'urine au chevet
 - Si diabète d'apparition récente : TSH, anticorps antithyroïdiens, HbA1c (*si disponible*)
- Autre : _____

INVESTIGATIONS EN CONTINUE

- Glycémie au chevet q1h jusqu'à l'ajout de dextrose au soluté IV, ensuite q2h (aussi à la première administration d'insuline et 1 heure suivant tout changement de dosage de l'insuline)
- Na, Cl, K, glycémie, gaz veineux ou capillaire, osmolarité sérique q4h
- Analyse d'urine au chevet q4h

DÉBIT INITIAL DU SOLUTÉ (HEURES 0-12)

Poids	5 – < 10 kg	10 – < 20 kg	20 – < 40 kg	≥ 40 kg
mL/kg/h	6,5	6	5	4 (MAX 250 mL/h)

Solutés de base

_____ Bolus IV 0,9 % NS _____ mL (10 mL/kg) sur 30 min, SUIVI DE
_____ IV 0,9 % NS à _____ mL/h (**VOIR DÉBIT DU SOLUTÉ, CI-DESSUS**)

Solutés complémentaires

- Ajouter 40 mmol/L KCl au soluté de base lorsque K⁺ sérique < 5 mmol/L, si le patient a uriné à l'urgence
- Si la glycémie sérique < 15 mmol/L ou a diminué de > 5 mmol/L/h, changer le soluté pour :
IV D10NS avec _____ mmol KCl/L à _____ mL/h (**VOIR DÉBIT DU SOLUTÉ, CI-DESSUS**)

Insuline

- Ne pas débiter l'insuline avant 1 h de soluté IV (pas plus de 2 heures)
- _____ **Insuline** (ordinaire) : 1 unité/mL à 0,1 unité/kg/h par IV

CONSULTATIONS

- Spécialiste en diabète pédiatrique/endocrinologie pédiatrique ou spécialiste pédiatrique
- _____ Soins intensifs au Centre de référence pédiatrique (si pH < 7,1, âge < 5 ans, hypotension, ou suspicion d'œdème cérébral)

*****S'assurer que l'infirmière a pris connaissance de la page 2 avant de compléter*** 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

Prise en charge initiale d'une suspicion
d'ACIDOSE DIABÉTIQUE
À L'URGENCE

Page 2 de 2

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

... Suite de la page 1

Mettre vos initiales aux lignes applicables

POUR SUSPICION D'ŒDÈME CÉRÉBRAL

- Échelle de coma de Glasgow <14 et/ou irritabilité chez le jeune enfant; et/ou
- Triade de Cushing : ↑TA, ↓FC, ↓FR

- Transférer à l'Unité de réanimation
- Affecter une infirmière continuellement au chevet du patient
- Surélever la tête du lit à 30°
- Diminuer solutés IV à 60 % du débit initial des solutés de réhydratation (voir tableau ci-dessous)

60 % du débit initial des solutés de réhydratation

Poids :	5 – < 10 kg	10 – < 20 kg	20 – < 40 kg	≥ 40 kg
mL/kg/h :	3,9	3,6	3	2,4 (MAX 250 mL/h)

CONSIDÉRATIONS

_____ 3 % NS _____ mL (5 mL/kg, max 250 mL) IV sur 15 minutes **OU**

_____ Mannitol 20 % _____ g (0,5 - 1 g/kg), IV sur 20 minutes

_____ TDM cérébrale STAT (*Doit être effectuée au Centre de référence pédiatrique*)

MÉDECIN (SIGNATURE)

NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE

INFIRMIÈRE (SIGNATURE)

NOM DE L'INFIRMIÈRE (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE