

FEUILLE D'ORDONNANCES PRÉ-RÉDIGÉES
POUR
CRISE D'ASTHME SÉVÈRE
À L'URGENCE

Page 1 de 3

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

Feuille d'ordonnances – CRISE D'ASTHME SÉVÈRE (Score PRAM 8-12)

Voir [l'Algorithme TREKK – Crise d'asthme sévère](#)

Pour activer une ordonnance, mettre SVP vos initiales à la ligne applicable

PRISE EN CHARGE INITIALE

- Surveillance cardiorespiratoire continue
- Administrer O₂ pour maintenir SpO₂ à plus de 92 % (90 % à haute altitude)

MÉDICAMENTS

Dosage du salbutamol – lignes directrices	Poids < 20 kg	Poids ≥ 20 kg
Aérosol-doseur 100 mcg/inhalation avec dispositif d'espacement	5 inhalations/dose	10 inhalations/dose
Nébulisation en continu via nébuliseur à grand volume*	7,5 mg/h	15 mg/h
Nébulisation intermittente*	2,5 mg/dose	5 mg/dose

*ajouter NS pour atteindre le volume requis pour le nébuliseur de choix; souvent, 20 mL pour grand volume et 3-4 mL pour petit volume/doses intermittentes.

PREMIÈRE HEURE DE TRAITEMENT

_____ **Salbutamol via aérosol-doseur avec dispositif d'espacement** : _____ inhalations q20min x 3 doses consécutives

en alternance AVEC

Ipratropium via aérosol-doseur avec dispositif d'espacement (20 mcg/inhalation) : 4 inhalations q20min x 3 doses consécutives

OU

_____ **Salbutamol via nébuliseur** : _____ mg en continu pour 1 heure

AVEC

Ipratropium via nébuliseur, mélangé au salbutamol dans nébuliseur à grand volume : 750 mcg en continu pour 1 heure

OU

_____ **Salbutamol via nébuliseur** : _____ mg q20min x 3 doses consécutives

AVEC

Ipratropium via nébuliseur, mélangé au salbutamol dans nébuliseur à petit volume : 250 mcg q20min x 3 doses consécutives

ET

Administrer stéroïdes après la 1^{re} dose de bronchodilatateurs; de préférence par voie orale (PO); par voie intraveineuse (IV) si insuffisance respiratoire imminente.

***** Suite à la Page 2. S'assurer que l'infirmière a pris connaissance de la Page 2 avant de compléter. *****

MÉDECIN (SIGNATURE)

NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE

INFIRMIÈRE (SIGNATURE)

NOM DE L'INFIRMIÈRE (LETTRES MOULÉES)

DATE & HEURE

Original – Dossier médical Copie – Pharmacie

FEUILLE D'ORDONNANCES PRÉ-RÉDIGÉES

POUR
CRISE D'ASTHME SÉVÈRE
À L'URGENCE

Page 2 de 3

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

(suite de la Page 1)

PREMIÈRE HEURE DE TRAITEMENT (suite de la Page 1)**Stéroïdes après la 1^{re} dose de bronchodilatateurs :**_____ **DexAMETHasone** _____ mg (0,6 mg/kg/dose, MAX 12 mg) PO x 1 dose (stéroïde PO préféré)**OU**_____ **PredniSONE/prednisoLONE** _____ mg (2 mg/kg/dose, MAX 60 mg) PO x 1 dose**OU**_____ **Hydrocortisone** _____ mg (8 mg/kg/dose, MAX 400 mg) IV x 1 dose**OU**_____ **MethyIPREDNISolone** _____ mg (2 mg/kg/dose, MAX 80 mg) IV x 1 dose

Si hypoperfusé, débiter IV :

_____ NS ou LR (encercler choix) bolus de _____ mL (20 mL/kg, MAX 1000 mL) IV sur _____ minutes

_____ D5NS à _____ mL/h IV

Si insuffisance respiratoire imminente :

_____ **Sulfate de magnésium** _____ mg (50 mg/kg/dose, MAX 2000 mg) IV x 1 dose sur ≥ 20 minutes.

Surveiller la tension artérielle (TA) q5min pendant la perfusion de magnésium, ensuite q30min x 2.

Si suspicion d'anaphylaxie :

_____ **ÉPINÉPHrine INTRAMUSCULAIRE (IM)** (1 mg/mL) _____ mg (0,01 mg/kg/dose; MIN 0,1 mg, MAX 0,5 mg) dans le côté latéral de la mi-cuisse x 1 dose, à RÉPÉTITION q5min PRN.Voir les [Ressources TREKK sur l'Anaphylaxie](#) pour plus de détails sur la prise en charge.**DEUXIÈME HEURE DE TRAITEMENT**Après la première heure de traitement ET s'il y a amélioration clinique (PRAM < 8, SpO₂ > 92 % à l'air ambiant (90 % à haute altitude), administrer :_____ **Salbutamol via aérosol-doseur avec dispositif d'espacement** _____ inhalations q _____ minutes/heures (encercler choix)**Pour détresse respiratoire sévère/signes d'insuffisance respiratoire (score PRAM ≥ 8) OU si pas d'amélioration après 1 heure de traitement :**_____ **Salbutamol via nébuliseur** : _____ mg/h inhalation en continu par nébuliseur à grand volume**OU**_____ **Salbutamol via nébuliseur** : _____ mg q20min inhalation via nébuliseur à petit volume***** Suite à la Page 3. S'assurer que l'infirmière a pris connaissance de la Page 3 avant de compléter. *****_____
MÉDECIN (SIGNATURE)_____
NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)_____
DATE & HEURE_____
INFIRMIÈRE (SIGNATURE)_____
NOM DE L'INFIRMIÈRE (LETTRES MOULÉES)_____
DATE & HEURE Original – Dossier médical Copie – Pharmacie

FEUILLE D'ORDONNANCES PRÉ-RÉDIGÉES

POUR
**CRISE D'ASTHME SÉVÈRE
À L'URGENCE**

Page 3 de 3

Identification du patient

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

(suite de la Page 2)

DEUXIÈME HEURE DE TRAITEMENT (suite de la Page 2)**SOLUTÉS / AUTRES MÉDICAMENTS**

Si hypoperfusé, débiter IV :

_____ NS ou LR (encercler choix) bolus de _____ mL (20 mL/kg, MAX 1000 mL) IV sur _____ minutes

_____ D5NS at _____ mL/h IV

Si insuffisance respiratoire imminente et si le patient n'a pas reçu de magnésium à la prise en charge initiale
OU si le patient est en détresse respiratoire modérée ou sévère après 1 heure de traitement :_____ **Sulfate de magnésium** _____ mg (50 mg/kg/dose, MAX 2000 mg) IV x 1 dose sur ≥ 20 minutes.

Surveiller TA q5min pendant la perfusion de magnésium, ensuite q30min x 2.

Si suspicion d'anaphylaxie :

_____ **ÉPINÉPHrine IM** (1 mg/mL) _____ mg (0,01 mg/kg/dose; MIN 0,1 mg, MAX 0,5 mg) dans le **MUSCLE**
latéral de la mi-cuisse x 1 dose, à RÉPÉTITION q5min PRN.Voir les [Ressources TREKK sur l'Anaphylaxie](#) pour plus de détails sur la prise en charge.

_____ Autres : _____

INVESTIGATIONS/SURVEILLANCE

- Na, K, Cl, gaz sanguin (capillaire, artériel ou veineux, selon la disponibilité)
- FSC et différentiels
- Autres : _____

CONTACTER LE CENTRE DE RÉFÉRENCE PÉDIATRIQUE OU CONSIDÉRER TRANSFERT SI :

- Score PRAM ≥ 8 sans amélioration après la première heure de traitement avec bronchodilatateurs et stéroïdes
OU
- Suspicion d'insuffisance respiratoire imminente (diminution de l'état de conscience, léthargie, cyanose, diminution de l'effort respiratoire, et/ou augmentation du PCO_2) À TOUT MOMENT
OU
- Score PRAM 4-7 sans amélioration après ≥ 4 heures post traitement aux stéroïdes

Considérer le congé à domicile si :

- Score PRAM 0-3 et $SpO_2 \geq 92\%$ à l'air ambiant ($> 90\%$ à haute altitude) au moins 1-2 heures après le dernier traitement au salbutamol.

Voir les [Recommandations de base TREKK – Crise d'asthme](#) pour les médicaments/conseils de départ._____
MÉDECIN (SIGNATURE)_____
NOM DU MÉDECIN (LETTRES MOULÉES)_____
DATE & HEURE_____
INFIRMIÈRE (SIGNATURE)_____
NOM DE L'INFIRMIÈRE (LETTRES MOULÉES)_____
DATE & HEURE Original – Dossier médical Copie – Pharmacie