

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ F M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

**STATUS ASTHMATICUS
CLIENTELE PEDIATRIQUE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

TRAITEMENT INITIAL

INDICATION

- Crise grave et/ou absence de réponse au traitement conventionnel
- Évolution progressive vers une insuffisance respiratoire imminente
- PRAM de 8 à 12

SOINS ET SURVEILLANCE

- Usager en salle de réanimation saturomètre en continu
- Titrer **O₂** sur saturation O₂ supérieure ou égale à 92%
- Surveiller la Fréquence cardiaque, Fréquence respiratoire q 20 minutes
- Signaler inhalothérapeute pour présence au chevet
- Installer l'usager en position semi-assise
- Surveiller le PRAM q 30 minutes

Moniteur cardiaque

_____ Salbutamol 100 mcg/dose; Administrer via aérochambre

- Initiales
- o Si poids **inférieur à 20 kg;** **5 inhalations** (500 mcg) q 20 minutes X 3, puis réévaluer
 - o Si poids de **20 kg et plus;** **10 inhalations** (1 000 mcg) q 20 minutes x 3, puis réévaluer

_____ Ipratropium 20 mcg/dose; Administrer via aérochambre

- Initiales
- o Si poids **inférieur à 30 kg;** **4 inhalations** (80 mcg) q 20 minutes x 3, puis aux 4 heures pour 24 heures
 - o Si poids de **30 kg et plus;** **8 inhalations** (160 mcg) q 20 minutes x 3, puis aux 4 heures pour 24 heures

LABORATOIRES

- FSC, Électrolytes, Urée, Créatinine, Gaz veineux
- Hémoculture, si température supérieure à _____ C°

ACCÈS VEINEUX

Poids inférieur à 10 kg

_____ D5% - NaCl 0,9% en perfusion IV continue à _____ mL/h

Initiales

Poids de 10 kg et plus

_____ Lactate Ringer OU NaCl 0,9% en perfusion IV continue à _____ mL/h

Initiales

CORTICOTHÉRAPIE

_____ MéthylPREDNISolone _____ mg (2 mg/kg, max 80 mg) IV pour une dose (dose de charge)

Initiales *Donner seulement si dexaméthasone non administrée ou non tolérée dans les 12 dernières heures

Suivi de

_____ MéthylPREDNISolone _____ mg (1 mg/kg/dose, max 40 mg/dose) IV aux 6 heures

Initiales

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

