

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.)

**STATUS ASTHMATICUS
CLIENTELE PEDIATRIQUE
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

60 à 90 minutes post-traitement, si PRAM supérieur à 8, débiter :

_____ **Sulfate de magnésium (MgSO₄) _____ mg IV (75 mg/kg, max 2 500 mg) dans 50 mL de NaCl 0,9%**
Initiales Administrer via pompe volumétrique en 30 minutes ****Risque d'hypotension et de bradycardie****

- Moniteur cardiaque en continu en salle de réanimation pour un minimum de 1 h à partir du début de la perfusion
- Tension artérielle aux 5 minutes jusqu'à la fin de l'administration puis aux 15 minutes à 2 reprises

SI DIFFICULTÉ À ADMINISTRER VIA AÉROCHAMBRE → DÉBUTER NÉBULISATION

_____ **Salbutamol en nébulisation q 20 minutes X 3, puis réévaluer**
Initiales Obligatoire en salle de réanimation (pression négative si risque de COVID-19)

- Si poids **inférieur à 20 kg** : 2,5 mg (2,5 mL de **salbutamol pour nébulisation 1 mg/mL**)
Salbutamol 2,5 mg
- Si poids de **20 kg ou plus**; 5 mg (5 mL de **salbutamol pour nébulisation 1 mg/mL**)
Salbutamol 5 mg

AJOUTER AU BESOIN

_____ **Ipratropium 250 mcg (1 mL en nébulisation q 20 minutes X 3, puis réévaluer → à ajouter au salbutamol**
Initiales Obligatoire en salle de réanimation (pression négative si risque de COVID-19)

- Si poids **inférieur à 30 kg** 250 mcg (1 mL de **ipratropium pour nébulisation 250 mcg/mL**)
- Si poids de **30 kg et plus** 500 mcg (2 mL de **ipratropium pour nébulisation 250 mcg/mL**)

SI NE RÉPOND PAS AUX TRAITEMENTS INITIAUX

- Transfert extra-hospitalier à planifier
- Considérer intubation à tout moment avec le personnel le plus expérimenté en cas de défaillance respiratoire imminente

_____ **Salbutamol en perfusion intraveineuse continue à 500 mcg/mL**
Initiales Prélever 25 mL de **salbutamol injectable 1 mg/mL** et mélanger dans 25 mL de NaCl 0,9%

_____ mcg/kg/min x _____ kg x 60 min ÷ 500 mcg/mL = _____ mL/h

Dose initiale recommandée : 1 mcg/kg/min (max 80 mcg/min soit 9,6 mL/h)

Intervalle de dose possible : 0,5 à 3 mcg/kg/min

Pas de nécessité de dosages des troponines et CK si respect de l'intervalle de doses et ECG sans anomalie ST

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
<input type="checkbox"/> Fax envoyé par _____ (init.)		
Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)		