



ORDONNANCES MÉDICALES

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) : []
 Allergies : _____
 Intolérances : _____
Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____
 Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Version finale approuvée par/le :

_____/_____
 _____/_____
 _____/_____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 1003 – Procédure de réduction du gastroschisis sur l'unité néonatale (1 de 3)

Espace
infirmier

Objectifs

- Minimiser les délais entre la naissance et l'intervention chirurgicale pour minimiser les dommages à l'intestin exposé
- Assurer une gestion de la douleur adéquate pendant la procédure
- Optimiser les conditions de réduction chirurgicale : NE PAS VISER une paralysie complète du patient, tant que les mouvements du bébé ne gênent pas le bon déroulement de la procédure
- Uniformiser la prise en charge des patients atteints de gastroschisis bénéficiant d'une réduction au chevet

La FOPR est spécifique à la prise en charge du patient avec gastroschisis dont la réduction au chevet est planifiée. Cette FOPR complète les prescriptions usuelles de toute admission en néonatalogie.

AVANT LA PROCÉDURE DE RÉDUCTION

Procédures à effectuer

- Installation d'un tube de Levine et mise sous succion intermittente 40-60 mmHg
- Monitoring cardio-respiratoire en permanence
- Saturomètre en permanence
- PCO₂ cutanée en permanence
- Température de routine
- Inscription des signes vitaux (FC, FR, TA et saturation) aux 15 minutes
- Installation d'une voie veineuse (suivre recommandations sur la pose des voies périphériques en néonatalogie et aviser médecin rapidement si voie d'abord difficile)
- Initiation des perfusions IV suivantes :
 - Dextrose 10% : 60 mL/kg/jour** X _____ (poids) kg ÷ 24 heures = _____ mL/heure
 - NaCl 0,9% : 40 mL/kg/jour** X _____ (poids) kg ÷ 24 heures = _____ mL/heure
- Intubation endotrachéale et prémédication suivante :
 - Atropine**, solution injectable à **400 mcg/mL** (0,4 mg/mL) :
20 mcg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mcg ÷ 400 mcg/mL = _____ mL **IV** une dose rapidement 5 à 10 minutes avant l'intubation
 PUIS
Fentanyl, solution injectable **diluée* pour perfusion IV à 10 mcg/mL** :
4 mcg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mcg ÷ 10 mcg/mL = _____ mL **IV** une dose en 3 à 5 minutes avant l'intubation
 * **DILUTION** : **Fentanyl**, solution injectable à 50 mcg/mL : **10 mL** (500 mcg) + **40 mL** de D5% pour volume total de 50 mL à la concentration finale de **10 mcg/mL**
 PUIS
Succinylcholine, solution injectable à **20 mg/mL** :
2 mg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mg ÷ 20 mg/mL = _____ mL **IV** une dose rapidement juste avant l'intubation

Relevé et télécopié à la pharmacie par :

Date : _____ Heure : _____

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.



ORDONNANCES MÉDICALES

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) : []
 Allergies : _____
 Intolérances : _____
Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____
 Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Version finale approuvée par/le :

_____/_____
 _____/_____
 _____/_____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 1003 – Procédure de réduction du gastroschisis sur l'unité néonatale (2 de 3)

Espace infirmier	<p>Radiographie des poumons post-intubation Ventilation SIMV ou A/C volumétrique : 5 mL/kg, soit : 5 mL/kg X _____ (poids) kg = _____ mL, PEEP +5, FR _____, AI _____</p> <p>Prélèvements sanguins (macro ou micro-méthode) Formule sanguine complète (FSC) Glycémie Gaz sanguin Acide lactique <input type="checkbox"/> Hémoculture (si facteurs de risque infectieux) <input type="checkbox"/> Autres : _____</p> <p>Antibiothérapie Débuter après l'hémoculture (si prescrite) : Ampicilline, 50 mg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mg IV aux 12 heures x 48 heures Gentamicine, selon âge post-conceptionnel : <input type="checkbox"/> 30 à 39 6/7 semaines : 3,2 mg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mg IV aux 24 heures x 48 heures <input type="checkbox"/> 40 semaines et plus : 3 mg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mg IV aux 18 heures x 48 heures</p> <p>Aucun dosage nécessaire pour la gentamicine sauf si décision de poursuivre la gentamicine pour plus de 48 heures La feuille de surveillance de la procédure doit être remplie par le médecin durant la procédure (voir annexe).</p> <p>Analgsie et sédation Vérifier au préalable, avec le médecin, que le patient est dans un état hémodynamique adéquat (dans le cas contraire, d'autres options d'analgsie/sédation peuvent être envisagées) Débuter la médication 10 minutes avant le début de la procédure et aviser l'équipe de chirurgie Documenter l'administration de la médication sur la feuille de surveillance de la procédure</p> <p>Midazolam, solution injectable à 1 mg/mL : 0,1 mg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mg ÷ 1 mg/mL = _____ mL IV une dose en 3 à 5 minutes Une 2^e dose de midazolam peut être donnée 10 minutes plus tard PRN : 0,05 mg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mg ÷ 1 mg/mL = _____ mL IV une dose en 3 à 5 minutes</p> <p>Fentanyl, solution diluée* pour perfusion IV à 10 mcg/mL : 2 mcg/kg/heure X _____ (poids) kg ÷ 10 mcg/mL = _____ mL/heure en perfusion IV continue</p> <p>Entredoses de fentanyl, à partir de la solution diluée* pour perfusion IV à 10 mcg/mL : 4 mcg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mcg ÷ 10 mcg/mL = _____ mL IV une dose d'emblée 10 minutes avant la procédure, puis répéter aux 10 minutes PRN</p>
------------------	--

Relevé et télécopié à la pharmacie par :	Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis	Date et heure
Date : _____ Heure : _____		

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.



ORDONNANCES MÉDICALES

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) : []
 Allergies : _____
 Intolérances : _____
 Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____
 Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Version finale approuvée par/le :

_____/_____
 _____/_____
 _____/_____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 1003 – Procédure de réduction du gastroschisis sur l'unité néonatale (3 de 3)

Espace
infirmier

PENDANT LA PROCÉDURE DE RÉDUCTION

Personnel au chevet :

- Inhalothérapeute
- Infirmière
- Médecin de l'équipe traitante (résident sénior, fellow ou néonatalogiste)

Si nécessité de curariser le patient (à la demande du chirurgien; après s'être assuré d'une analgésie/sédation adéquate) :

Rocuronium, solution injectable à **10 mg/mL** :

1 mg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mg ÷ 10 mg/mL = _____ mL **IV** aux 30 à 60 minutes PRN, à administrer en 5 minutes

APRÈS LA PROCÉDURE DE RÉDUCTION

Télécopier à la pharmacie les 3 feuilles remplies de la FOPRI.

Pour la pharmacie : inscrire au dossier patient, dans le logiciel pharmacie, les antibiotiques prévus avant la procédure de réduction (page 2) ainsi que l'analgésie prévue après la procédure de réduction (page 3).

Important : en cas d'installation d'un silo ou si la réduction n'est pas possible, ce protocole ne s'applique pas au patient.

Évaluer les scores de douleur selon procédure habituelle

Diminuer la perfusion IV continue de **fentanyl**, solution injectable diluée à **10 mcg/mL**, à **1 mcg/kg/h**; **diminuer les entredoses de fentanyl**, à partir de la solution **diluée* pour perfusion IV à 10 mcg/mL** :

1 mcg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mcg ÷ 10 mcg/mL = _____ mL **IV** aux 2 heures PRN si douleur

Acétaminophène, solution orale à **80 mg/mL** :

20 mg/kg/dose X _____ (poids) kg = _____ mg ÷ 80 mg/mL = _____ mL **INTRA-RECTAL** aux 6 heures régulier pour 24 heures puis PRN

Installer un CCVP

Peser les couches; si diurèse < 1 mL/kg/h 6 heures post-procédure, aviser et envisager une sonde urinaire

Réévaluer les solutés en cours

Peser le patient de nouveau

Pour la suite de la prise en charge, se référer aux feuilles d'ordonnances régulières.

NB Le poids à utiliser pour programmer la pompe intelligente est le poids inscrit dans la formule de calcul de la dose.

Relevé et télécopié à la pharmacie par :

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Date : _____ Heure : _____

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.150



_____/_____
 _____/_____
 _____/_____

ANNEXE

Associée à la **FOPRI – 1003 – Procédure de réduction du gastroschisis sur l'unité néonatale**

Conserver cette feuille au dossier patient avec le bilan de 24 heures du jour – Ne pas télécopier à la pharmacie

Feuille de surveillance durant la procédure de réduction de gastroschisis au chevet

NOM _____

DDN (AAAA/MM/JJ) ____/____/____

Terme (sem) _____

Heure de naissance ____ : ____

Poids (g) _____

Heure

Début de procédure ____ : ____

Fin de procédure ____ : ____

Paramètres ventilatoires

Réglage initial du respirateur

VT (mL) _____

FiO₂ (%) _____

PEEP (cm H₂O) _____

Pression de crête (cm H₂O) _____

FR (/min) _____

Hémodynamique

TAS/TAD (TAM) (mmHg) _____

FC (bpm) _____

Solutés

D10%

Débit (mL/h) _____

NaCl 0,9%

Débit (mL/h) _____

Bolus

Volume; durée (mL;min) ____; ____

Médicaments administrés

Fentanyl, dose continue

Dose (mcg/kg/h) _____

Fentanyl, doses intermittentes

Dose (mcg/kg) _____

Midazolam (Versed^{md})

Dose (mg/kg) _____

Rocuronium

Dose (mg/kg) _____

Colliger les données

(1) au début de l'analgésie/sédation;

(2) au début de la procédure;

(3) lors de l'administration d'un bolus ou d'une dose intermittente de médicament;

(4) lors de tout autre événement pertinent; (5) et à la fin de la procédure.

FIN

h : min h : min h : min h : min h : min h : min h : min

____:____ ____:____ ____:____ ____:____ ____:____ ____:____ ____:____

Infirmière : _____

Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.

FOPRI-1003

Programme clientèle : Santé de la mère et de l'enfant

Clientèle : **Néonatalogie**

Médecin responsable : Keith J. Barrington

Pharmacien responsable : Josianne Malo