



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): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0078 – SIP – Admission pour désordre du cycle de l'urée (1 de 6)

Espace
infirmier

Cette FOPR inclut des médicaments à **HAUT RISQUE** : dexmédétomidine, dextrose >20%, insuline, fentanyl, morphine

SOINS INFIRMIERS

Aviser médecin pour l'installation d'une voie centrale

Monitoring cardio-respiratoire et saturimètre en permanence

Signes vitaux et neurologiques aux heures

☐ Canule artérielle

☐ Sonde urinaire : bilan ingesta/excreta stricts

☐ Sonde oro ou nasogastrique

Peser DIE

☐ Physiothérapie respiratoire aux _____ ☐ Spirométrie

☐ RPPI aux _____ ☐ Respecter sommeil

Aviser médecin si :

Fréquence cardiaque < _____ ou > _____ / min

TA systolique ou moyenne < _____ ou > _____ mmHg

Saturation < _____ %

Diurèse < _____ mL/h

Température corporelle : < 35°C ou > 37°C rectale

Glasgow < _____

PARAMÈTRES VENTILATOIRES

☐ Babylog VN-500 ☐ Servo-I

☐ FiO₂ ☐ Ajuster pour maintenir la saturation > _____ %

Paramètres : Fréquence : _____ /min ; PEEP _____

Mode : ☐ VACI ΔP : _____ ou VC : _____ $\pm AI$: _____

☐ Assisté/contrôlé ΔP : _____ ou VC _____

☐ Ventilation spontanée (PSV) ΔP : _____

☐ Ne pas dépasser P crête > _____ ou VC > _____

Aspiration des sécrétions : ☐ Selon protocole ☐ Aux _____ heures strict

ÉPURATION EXTRA-RÉNALE

☐ Hémodialyse intermittente selon néphrologie

☐ Hémofiltration veno-veineuse continue (CVVHDF) selon protocole

Consultation en néphrologie

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): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0078 – SIP – Admission pour désordre du cycle de l'urée (2 de 6)

Espace
infirmier

SOLUTÉS ET APPORTS ALIMENTAIRES

Si hypoglycémie :

- ☐ **Dextrose 10 %** _____ mL (2,5-5 mL/kg/dose) en perfusion IV en _____ minutes
- ☐ **Dextrose 25 %** _____ mL (1-2 mL/kg/dose) en perfusion IV en _____ minutes
- ☐ **Soluté porteur** : D 10 % à _____ mL/heure
- ☐ **NaCl lock** sur voie périphérique

Apports caloriques visés : 80-120 kcal/kg/jour (si patient < 1 an) ou 1500-1800 kcal/m²/jour (si patient ≥ 1 an)

- ☐ Soluté de base **si voie centrale** : D 15 % - NaCl 0.9 % + ☐ KCl 20 mmol/L à _____ mL/heure
Débit selon l'âge, basé sur l'apport en dextrose : Si < 6 mois : 4-5 mL/kg/heure soit 10-12 mg/kg/minute
Si ≥ 6 mois : 3 mL/kg/heure soit 8 mg/kg/minute
- ☐ Soluté de base **si voie périphérique** : D 10 % - NaCl 0.9 % + ☐ KCl 20 mmol/L à _____ mL/heure
Débit selon l'âge, basé sur l'apport en dextrose : Si < 6 mois : 6-7 mL/kg/heure soit 10-12 mg/kg/minute
Si ≥ 6 mois : 5 mL/kg/heure soit 8 mg/kg/minute

Émulsion lipidique (Intralipid 20%^{md}) à 200 mg/mL en perfusion IV à _____ mL/heure,
soit _____ mL/kg/heure

Dose habituelle : **0,5 - 2 g/kg/jour** équivaut à **0,1 - 0,4 mL/kg/heure**.

Apports liquidiens IV : _____ mL/h ce qui équivaut à _____ mL/kg/jour

Apports caloriques IV au patient : Le Dextrose 10 % fournit 0,4 kcal/mL et le Dextrose 15 % fournit 0,6 kcal/mL
= _____ mL/h de D _____ % X _____ kcal/mL X 24 h ÷ _____ poids (kg) ou _____ s.c. (m²)
+ _____ mL/h de lipides 20 % x 1,8 kcal/mL X 24 h ÷ _____ poids (kg) ou _____ s.c. (m²)
= _____ kcal/kg/jour ou _____ kcal/m²/jour

- ☐ NPO ☐ **Lait sans protéine (Formule Pro-Phree^{md})** 1 kcal/mL

Débuter gavage à _____ mL/h et augmenter progressivement de 10 mL/h jusqu'à un maximum de _____ mL/h
Cesser immédiatement le gavage si nausées ou vomissements et aviser l'équipe traitante

Apports caloriques PO au patient : _____ mL/h de gavage X 1 kcal/mL X 24 heures ÷ _____ poids (kg)
ou _____ s.c. (m²)
= _____ kcal/kg/jour ou _____ kcal/m²/jour

Apports caloriques totaux (IV et PO) = _____ kcal/kg/jour ou _____ kcal/m²/jour

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): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0078 – SIP – Admission pour désordre du cycle de l'urée (3 de 6)

Espace
infirmier

MÉDICAMENTS

Ammonul 10%^{md} 50 mL/fiole, solution injectable : Sodium phénylacétate 100 mg/mL + sodium benzoate 100 mg/mL (Les doses sont exprimées en sodium benzoate).

Une voie **CENTRALE** est obligatoire pour l'administration de ce médicament.

Lors des heures d'ouverture de la pharmacie : La solution (dose de charge et perfusion) est préparée en STAT, soit en moins de 60 minutes, par la pharmacie

En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, des fioles d'Ammonul^{md} seront disponibles à l'unité des soins intensifs pédiatriques. **L'infirmière doit parler OBLIGATOIREMENT au pharmacien de garde pour confirmer le calcul de la dose à préparer et à administrer au patient.**

Préparation par l'infirmière :

- 1 - Utiliser un sac de **500 mL de D5% ou D10%** (sac avec un volume de 500 mL +surplus de 50 mL)
- 2 - Enlever **100 mL** du sac (correspondant au volume de surplus et volume de médicament à injecter)
- 3 - Ajouter **50 mL (soit 5000 mg)** d'Ammonul^{md} en utilisant le filtre (0.22 µ) fourni par la compagnie pour un volume total de 500 mL et une concentration finale à 10 mg/mL.

Le volume de soluté à préparer dans tous les cas est de **500 mL à la concentration de 10 mg/mL**.

Plusieurs sacs de 500 mL peuvent être nécessaires pour couvrir la période où la pharmacie ne peut assurer le service.

Attention : Le volume à administrer pour la dose de charge sera inférieur au volume préparé pour les patients < 20 kg.

On doit jeter le reste du sac après la dose de charge.

☐ **Dose de charge** : Ammonul à concentration finale de **10 mg/mL** dans **D5%**.

_____ mg (**250 mg/kg/DOSE** en sodium benzoate) soit _____ mL de la solution à 10 mg/mL en perfusion IV **de 90 minutes** par **VOIE CENTRALE**. Si voie centrale non disponible, acceptable sur voie périphérique de gros calibre au niveau d'un pli du coude

Glycémie aux 15 minutes pendant l'administration de la dose de charge

☐ **Perfusion IV** : Ammonul à concentration finale de **10 mg/mL** dans **D10%**.

_____ mg (**250 mg/kg/JOUR** en sodium benzoate) soit _____ mL de la solution à 10 mg/mL en perfusion IV **continue sur 24 heures** par **VOIE CENTRALE**

Débit : _____ mL/h

Dose habituelle : **250 mg/kg/JOUR** équivaut à **1,04 mL/kg/h** de la solution à concentration finale de **10 mg/mL**.

Médicament sous Programme d'Accès Spécial de Santé Canada

La demande d'autorisation via le Programme d'Accès Spécial de Santé Canada a été remplie pour usage futur par le médecin de l'équipe de génétique.

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): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0078 – SIP – Admission pour désordre du cycle de l'urée (4 de 6)

Espace
infirmier

MÉDICAMENTS (suite)

Arginine 250 mg/mL 30 mL/fiole, solution injectable

☐ **Dose de charge :**

_____ mg (250 mg/kg/DOSE) soit _____ mL de la **SOLUTION PURE à 250 mg/mL**

en perfusion IV de 90 minutes par **VOIE CENTRALE**, pour une dose. Si voie centrale non disponible, acceptable sur voie périphérique de gros calibre au niveau d'un pli du coude

☐ **Perfusion IV :**

_____ mg (250 mg/kg/JOUR) soit _____ mL de la **SOLUTION PURE à 250 mg/mL**

en perfusion IV continue sur 24 heures par **VOIE CENTRALE** à _____ mL/h

Dose habituelle : **250 mg/kg/jour** équivaut à **0,04 mL/kg/h**

Attention : TOUJOURS administrer l'ARGININE en Y avec l'AMMONUL^{md} dans D 10 %

L-carnitine 200 mg/mL 5 mL/fiole, solution injectable

☐ **L-carnitine** _____ mg (25 mg/kg/dose) **IV** aux 6 heures

Administrer en 20 minutes dans _____ mL de NaCl 0,9% (vt) pour une concentration finale à 8 mg/mL

Dose habituelle : **100 mg/kg/jour**

L-carnitine est incompatible avec Ammonul^{md} et Arginine

☐ **Acide carglumique 200 mg/comprimé (Carbaglu^{md})** _____ mg (100 mg/kg/jour) **PO** aux 8 heures

Administrer par le tube de gavage.

Dose minimale : 50 mg/dose

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): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0078 – SIP – Admission pour désordre du cycle de l'urée (5 de 6)

Espace
infirmier

MÉDICAMENTS (suite)

Si glycémie > 10-12 mmol/L, débiter perfusion IV d'insuline :

Insuline humaine RÉGULIÈRE (Humulin R^{md}) à 0,1 unités/mL dans NaCl 0,9% en perfusion IV,
débit initial à _____ mL/h, soit _____ unités/kg/heure (Poids de prescription : _____ kg)

Dose initiale habituelle : **0,02 unités/kg/heure**, ajuster par palier de **0,02 unités/kg/heure** pour viser glycémie
entre 5-10 mmol/L

☐ **Acétaminophène** _____ mg (**15 mg/kg/dose, max 650 mg/dose**) PO ou IR aux 6 heures PRN

☐ **Morphine** à **1 mg/mL** dans ☐ D5% ou ☐ NaCl 0,9% en **perfusion IV** à _____ mL/h, soit _____ mg/kg/h
(Poids de prescription : _____ kg)
Dose habituelle : **0,02 à 0,1 mg/kg/heure**

☐ **Morphine** _____ mg (**0,05 à 0,1 mg/kg/dose**) IV aux _____ heures ☐ PRN ☐ Régulier

☐ **FentaNYL**, solution pure à **50 mcg/mL** en **perfusion IV** à _____ mL/h, soit _____ mcg/kg/h
(Poids de prescription : _____ kg)
Dose habituelle : **1 à 5 mcg/kg/heure**

☐ **FentaNYL** _____ mcg (**1-2 mcg/kg/dose, max 50-100 mcg/dose**) IV avant aspiration endotrachéale au
besoin (maximum aux heures)

☐ **Dexmédétomidine** à **4 mcg/mL** dans NaCl 0,9% en **perfusion IV** à _____ mL/h soit _____ mcg/kg/h
(Poids de prescription : _____ kg)
Dose habituelle **0,2-1,5 mcg/kg/heure**

☐ **Vitamine K (phytonadione)** 1 mg sous-cutané DIE pour 3 doses (si patient < 10 kg)

☐ **Vitamine K (phytonadione)** 3 mg sous-cutané DIE pour 3 doses (si patient entre 10 et 20 kg)

☐ **Vitamine K (phytonadione)** 5 mg sous-cutané DIE pour 3 doses (si patient > 20 kg)

Ranitidine _____ mg (**2 mg/kg/dose, max 50 mg/dose**) IV aux 8 heures

Ondansétron _____ mg (**0,1 – 0,15 mg/kg/dose, max 8 mg/dose**) IV aux 8 heures

ÉVITER ACIDE VALPROÏQUE, CORTICOSTÉROÏDES ET HALOPÉRIDOL

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): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0078 – SIP – Admission pour désordre du cycle de l'urée (6 de 6)

Espace
infirmier

LABORATOIRE ET RADIOLOGIE

NH3 veineux sur glace, ionogramme, glycémie, gaz artériel, lactate STAT puis aux 2 heures x3 puis réévaluer
Urée, créatinine, bilan hépatique (ALT, GGT, bilirubine totale et conjuguée), albumine, CK, coagulogramme STAT puis
aux 6 heures x3 puis réévaluer

Analyse d'urine STAT puis ketostix aux _____ heures x3 puis réévaluer

Chromatographie des acides aminés sériques STAT

Radiographie pulmonaire STAT et DIE si intubé x3 jours

Hémoculture, culture sécrétions endotrachéales et culture urinaire par cathéter STAT

Prélèvements à discuter avec le médecin de génétique

- ☐ Chromatographie des acides organiques urinaires STAT
- ☐ Dosage de l'acide orotique urinaire STAT
- ☐ Dosage de la carnitine sérique STAT
- ☐ Profil des acylcarnitines sériques STAT

CONSULTATIONS

Génétique

- ☐ Néphrologie

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.

