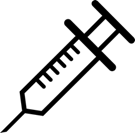
**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMATS DISPONIBLES** | **RECONSTITUTION** | | **DOSE** | **MODE DE DILUTION** | **TEMPS D’ADMINISTRATION** | **REMARQUES** |
| VOLUME ET DILUANT | CONCENTRATION FINALE | DOSE PRESCRITE | COMPLÉTER AVEC ou DILUER DANS |
| Fiole unidose  500 mg/10 mL d’équivalent phénytoïne (EP) | Déjà dilué | 50 mg/mL d’équivalent phénytoïne (EP)  Ou  75 mg/mL d’équivalent fosphénytoïne | Les doses doivent être exprimées en équivalent phénytoïne (EP)  1.5 mg de fosphénytoîne = 1 mg d’équivalent phénytoïne (EP) | | | La vitesse d’administration proposée est adéquate pour le patient âgé ou avec condition cardiaque préexistante.  Si le patient est déjà sous monitorage cardiaque, la vitesse d’administration peut être plus rapide lors de status epilepticus  (jusqu’à 100-150 mg/min).  La fosphénytoïne est le pro-drug de la phénytoïne. |
| 50-249 mg | Mini sac 25 mL de NS | En 30 minutes |
| 250-500 mg | Mini sac 50 mL de NS | En 30 minutes |
| Conservation :  Au frigo  Stable 48h si fiole laissée par erreur à la température de la pièce | 501-1250 mg | Mini sac 50 mL de NS | En 60 minutes |
| 1251-2000 mg | Mini sac 100 mL de NS  Concentration finale usuelle 1.5-25 mg/mL | En 90 minutes  Contrairement à la phénytoïne (Dilantinmd), un filtre n’est pas requis lors de l’administration de la fosphénytoïne |

**Stabilité pour une préparation à l’unité de soins :**

|  |  |
| --- | --- |
| Fiole utilisée : | Jeter toute portion inutilisée |
| Sac : | L’administration doit débuter dans l’heure suivant la préparation |

**Compatibilité avec les solutés :** D5%, D10%, NS, LR, D5%NS, D5%NaCl 0.45%, D5%L

**Incompatibilité :** Se référer au tableau des compatibilités

|  |  |
| --- | --- |
| **PRÉCAUTIONS ET MONITORAGE** | **EFFETS INDÉSIRABLES** |
| Monitorage :  Dose de 500 mg et moins  TA, FC, FR q5 min x 15 min puis q15 min X 3  Doses de plus de 500 mg  Suivi de la TA, FC, FR q5 minutes X 3 puis q15 minutes pendant la perfusion et q15 minutes X 2 après l’administration  Concentrations plasmatiques de phenytoïne  La fosphenytoïne se convertit en phenytoïne en 15 minutes  Faire un prélèvement 2 heures après une dose de charge IV ou en pré-dose d’entretien Concentrations plasmatiques à corriger en présence d’hypoalbuminémie  FSC  Fonction hépatique  AST, ALT  Albumine  Glycémies  Site d’injection  Précautions :  Lors de la conversion de la phénytoïne à la fosphénytoïne, utiliser la même dose totale quotidienne, malgré les légères différences de biodisponibilité entre les molécules et les formulations.  Patient obèse : utiliser le poids actuel pour le calcul de la dose de charge et le poids idéal pour le calcul de la dose de maintien.  La dose de maintien doit être débutée de 8-12 heures après la dose de charge.  La fosphénytoine peut être administrée par voie IM. Pour respecter le volume maximal à injecter, plusieurs injections peuvent être nécessaires pour une même dose.  Éviter la voie IM lors de status epilepticus, en raison du délai d’action de 3h.  Contre-indiqué en présence de bradycardie sinusale, bloc sino-auriculaire, bloc AV au 2e et 3e degré, syndrome d’Adams-Stokes | Hypotension, bradycardie, bloc cardiaque, arythmie, fibrillation ventriculaire, collapsus cardiovasculaire, asystolie  Souvent reliés à une administration trop rapide  Respecter la vitesse d’administration suggérée  Ralentir le débit de perfusion ou cesser la perfusion si hypotension  Sensation de brulure, paresthésies, prurit, démangeaisons au niveau des aines  Ralentir le débit de perfusion  Nausées, vomissements, constipation, anorexie  Somnolence, confusion, céphalées, léthargie, étourdissements  Diplopie, nystagmus  Acouphène  Hyperglycémie  Augmentation des enzymes hépatiques  Syndrome du gant pourpre :  Œdème, décoloration et douleur distale au site d’injection  Moins fréquent qu’avec la phénytoïne  Thrombocytopénie, neutropénie, leucopénie  Éruptions cutanées, réactions dermatologiques graves  Site d’injection  Douleur, nécrose tissulaire et inflammation |