|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |  | | |  |  | | | | | |
| HÔPITAL FLEURIMONT | | | | | | | | | | | | |
| Ordonnances  MÉDICALES et pharmaceutiques  AVC ischÉmique AIGU pédiatrique :  PRISE EN CHARGE INITIALE | | | | | | | | | | | | |
|  |
| Allergies médicamenteuses1/intolérances 1 : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANNÉE** | | | | **MOIS** | | **JOUR** | | |  | | |  | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | h | |  | | Poids1: | |  | kg | Taille1: |  | cm |
| **Date** | | | | | | | | **Heure** | | |  | | | | | | | | |
| **ÉVALUATION À L’ARRIVÉE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Peser1 (en kg) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signes vitaux1 (FC, FR, TA, SpO2) STAT puis q 15 min | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Première tension artérielle (TA) aux 2 bras si possible | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Température (rectale si pas de contre-indication) STAT, puis q1h x 4, puis 4h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signes neurologiques1 STAT puis q 15 min | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Glycémie capillaire STAT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monitoring cardiaque (**installer électrodes IRM-compatibles**) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saturation en continue | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O2 pour SpO2 visée 94-98 % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NPO jusqu’à nouvel ordre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Installer 2 voies veineuses, dont une au pli du coude: si possible cathéter au moins 22 G (pour moins de 10 ans)  ou cathéter au moins 20 G (pour 10 ans et plus) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NaCl 0,9 % à 10 mL/h IV jusqu’à l’ordonnance médicale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Repos au lit strict | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tête du lit à plat (AVC ischémique prouvé/suspecté) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tête du lit à 30 degrés (hypertension intracrânienne suspectée) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BILAN PRÉ-THROMBOLYSE – à faire STAT dès l’arrivée de l’usager** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FSC, RNI/INR, temps de thromboplastine partielle activée (TTPa)\*, fibrinogène | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Glucose sanguin, créatinine, sodium (Na), potassium (K), magnésium (Mg), ALT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Code 50/groupe sanguin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ECG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bêta-HCG sanguin (si jeune fille en âge de procréer) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IMAGERIE À L’ARRIVÉE - voir algorithme décisionnel au verso** (inscrire renseignement clinique « code AVC 3333 pédiatrique ») | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IRM tête | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CT scan tête sans contraste (C-) ET angioscan (polygone de Willis et carotides) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| © CHUM, 2017 – adapté CIUSSS de l’Estrie – CHUS, 2024  1Documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible  **\*TTPa** (temps de thromboplastine partielle activée), **PTT** (Partial thromboplastin Time) et **TCA** (temps de céphaline activée) sont des appellations équivalentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

#CIUSSSE (sera fourni par le comité)



|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|
|

|  |
| --- |
| **GESTION DE LA TENSION ARTÉRIELLE** |
| **Cibles de tension artérielle pré-revascularisation (à individualiser – voir verso) :**  Viser une TA systolique (TAS) entre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mmHg et \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmHg  Viser une TA moyenne (TAM) supérieure à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmHg |
| **Si TA inférieure aux cibles prescrites :** aviser équipe traitante immédiatement |
| **Si TA supérieure aux cibles prescrites :** débuter un traitement anti-hypertenseur si TA supérieure à la cible à 2 reprises à 5 minutes d’intervalle. |
| * **Si fréquence cardiaque au-dessus de la fréquence cardiaque minimale pour l’âge**(voir tableau au verso):   **Labétalol bolus** 0,5 mg/kg/dose (MAX : 20 mg) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg IV en 1 min, répétable q 10 min x 2 PRN   * Prendre TA 5 min après l’administration de chaque bolus et **aviser le médecin** * **Si cible de TA non atteinte après bolus de Labétalol  ET fréquence cardiaque demeure au-dessus de la fréquence cardiaque minimale pour l’âge**   **Labétalol perfusion** (1mg/mL) IV à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/kg/h (intervalle = 0,25 – 3 mg/kg/h)  Titrer de 0,25 mg/kg/h q 15 min jusqu’à atteinte de la cible de TA   * Prendre TA q 15 min jusqu’à l’atteinte de la cible de TA, puis q1h jusqu’à la fin de la perfusion  |  | | --- | | Préparation de la perfusion de labétalol :   * Retirer 20 mL d’un sac de 100 mL de **NaCl 0,9%** et le jeter. * Ajouter 100 mg (20 mL) de labétalol (Trandate) dans le sac de 80 mL restant de NaCl 0,9%. * Volume total = 100 mL (Concentration finale = 1 mg/mL.) |  * **Si fréquence cardiaque en dessous de la fréquence cardiaque minimale pour l’âge**   **OU si cible de TA non atteinte avec Labétalol :**  **Hydralazine bolus** 0,1 mg/kg/dose (MAX : 20mg)  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg IV en 1-2 min (max 5 mg/min)   * Prendre TA 5 min après l’administration de chaque bolus et **aviser le médecin**   **OU**  **Nicardipine perfusion** (200 mcg/mL) IV à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mcg/kg/min (intervalle 0,5 – 5 mcg/kg/min)  Titrer de 0,25 mcg/kg/min q 15 min jusqu’à atteinte de la cible de TA   * Prendre TA q 15 min jusqu’à l’atteinte de la cible de TA, puis q1h jusqu’à la fin de la perfusion  |  | | --- | | Préparation de la perfusion de nicardipine :   * Retirer 20 mL d’un sac de 100 mL de **dextrose 5%** et le jeter. * Ajouter 20 mg (20 mL) de nicardipine dans le sac de 80 mL restant de dextrose 5%. * Volume total = 100 mL (Concentration finale = 200 mcg/mL.) | |
|  |

**Gestion de la tension artérielle pour l’AVC ischémique aigu pédiatrique suspecté**

La cible générale chez un usager pédiatrique avec suspicion d’AVC aigu durant la période d’évaluation initiale doit être individualisée par le médecin traitant selon la condition du patient et l’étiologie suspectée.

**En général :**

**- viser une TA systolique entre 25e percentile et 20% au-dessus du 95e percentile**

**- viser une TA moyenne supérieure au 5e percentile**

**Particularités :**

* Toute hypotension (TAS ou TAM < 5e percentile pour l’âge) doit être traitée immédiatement
* Dans les cas d’artériopathie (connue ou fortement suspectée), une cible plus élevée (TAM > 25e percentile) peut être indiquée
* Pour un usager NON-candidat à la revascularisation, une hypertension plus permissive peut être indiquée

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Percentiles de tension artérielle SYSTOLIQUE (TAS) selon l’âge et le sexe** | | | | | | | |
| **Âge** | | **5e percentile** | **25e percentile** | **50e percentile** | **95e percentile** | **15% au-dessus du 95e percentile** | **20% au-dessus du 95e percentile** |
| 0 à 2 ans | | 70 | 80 | 90 | 110 | 125 | 130 |
| 3 à 5 ans | | 80 | 90 | 95 | 115 | 130 | 140 |
| 6 à 9 ans | | 85 | 90 | 100 | 120 | 140 | 145 |
| 10 à 12 ans | | 90 | 95 | 110 | 130 | 150 | 155 |
| 13 à 17 ans | Filles | 90 | 105 | 110 | 130 | 150 | 160 |
| Garçons | 95 | 110 | 120 | 140 | 160 | 170 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Percentiles de tension artérielle MOYENNE (TAM) selon l’âge et le sexe** | | | | | |
| **Âge** | | **5e percentile** | **25e percentile** | **50e percentile** | **95e percentile** |
| 0 à 2 ans | | 50 | 55 | 60 | 80 |
| 3 à 5 ans | | 52 | 60 | 65 | 90 |
| 6 à 9 ans | | 55 | 65 | 70 | 90 |
| 10 à 12 ans | | 55 | 65 | 75 | 95 |
| 13 à 17 ans | Filles | 60 | 70 | 80 | 100 |
| Garçons | 65 | 70 | 85 | 105 |

**Labétalol - Fréquence cardiaque minimale pour l’administration sécuritaire de labétalol selon l’âge**

|  |  |
| --- | --- |
| **Âge** | **Fréquence cardiaque minimale** |
| 0 – 2 ans | 100 |
| 3 – 5 ans | 80 |
| 6 – 9 ans | 70 |
| 10 ans et plus | 60 |
|  |  |
|
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SÉDATION POUR IRM (au besoin)** | | | | | |
| **Dexmédétomidine bolus** (1 mcg/kg/dose, MAX : 100 mcg) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mcg IV en 5 minutes x 1,  répétable au besoin selon médecin : 2e dose (0,5-1 mcg/kg/dose, MAX : 100 mcg) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mcg IV x 1  **Dexmédétomidine perfusion** (4 mcg/mL) IV à débuter à 1,5 mcg/kg/h titrer selon médecin (intervalle usuel 0,5 – 2 mcg/kg/h)   |  | | --- | | Perfusion de dexmédétomidine :   * Préparée par l’ASI de pédiatrie (ou une infirmière désignée des soins intensifs pédiatriques) à la réception du « code AVC 3333 pédiatrique » et amenée au chevet du patient avec une pompe et des rallonges d’IRM |   **Kétamine** **bolus** (0,5 - 1 mg/kg/dose, MAX : 100 mg) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg IV x 1 PRN répétable au besoin selon médecin | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  |  |  | |  |  |
| Signature du médecin prescripteur |  | Nom en caractère d’imprimerie | |  | No de permis |
|  | | | Numérisé le (année/mois/jour) : / / à h | | |