|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | BO301 | | |  | |  | | | | | | |
| installation : | | | | | | | | | | | | | | |
| Ordonnances  MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES  AVC ischÉmique AIGU pédiatrique : soins et surveillancE AUX SOINS INTENSIFS | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |
| Allergies médicamenteuses/intolérances: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANNÉE** | | | | **MOIS** | | **JOUR** | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | | h | | |  | | | | | Poids: |  | kg | Taille: |  | cm |
| **Date** | | | | | | | | | **Heure** | | | |  | | | | | | | | | | |
| Traitements reçus : | | | | | | | Thrombolyse (date et heure : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | Thrombectomie endovasculaire (date et heure : )  Grade de recanalisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Admission aux soins intensifs pédiatriques | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signes vitaux (fréquence respiratoire, fréquence cardiaque et tension artérielle) et évaluation neurologique : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| q 15 min jusqu’à la fin de la perfusion de thrombolyse s’il y a lieu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| q 15 min X 2 heures puis q 30 min X 6 heures puis q1h X 16 heures puis q4h X 24 heures **OU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| q h X \_\_\_ puis q \_\_\_ h X \_\_\_\_ puis q4h si stable | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monitoring cardiaque et saturation en continue X 24h puis réévaluer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FiO2 pour SpO2 entre 94 % et 98% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aviser médecin STAT pour toute détérioration incluant détérioration neurologique, saignements ou signes d’angioedème | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Température : prendre température q1h X 4 heures puis q4h si stable (cible < 37, 5°C rectal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Acétaminophène** 15 mg/kg/dose (MAX : 650 mg) : mg **intrarectal** ou **PO** (si le test de dépistage de la dysphagie a été fait) q4h PRN si température supérieure à 37,5 °Cou si douleur (max 5 doses/24 heures). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si température supérieure à 38,0 o C malgré l’acétaminophène, instaurer des méthodes de refroidissement externes.  Si température supérieure à 38,5 °C, aviser médecin et faire bilan septique : FSC, hémocultures, analyse et culture d’urine et radiographie pulmonaire. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tête de lit en permanence : | | | | | | | | | | | À 30° | | | | | À plat | | | | | | | |
| Repos au lit strict  OPI-NE-008 | | | | | | | | | | | Mobilisation avec aide | | | | | Mobilisation sans aide | | | | | | | |
| Dosage ingesta/excreta strict | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D5% NaCl 0,9 %** mL/h débit au besoin d’entretien **OU**  **NaCl 0,9 %** mL/h débit au besoin d’entretien | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dysphagie :** Un examen neurologique ciblé doit être fait par l’équipe médicale (neurologue, intensiviste) pour déterminer la stratégie de reprise per os (alimentation, hydratation, prise de médicaments) en attendant l’évaluation par l’ergothérapie :  NPO strict (pas de médicaments par la bouche) jusqu’à évaluation de la dysphagie par ergothérapie **OU**  NPO ad nouvel ordre mais médication par la bouche autorisée sous supervision **OU**  Autre, spécifier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*Éviter l’installation de sonde nasogastrique pour les 4 premières heures post-thrombolyse. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| © CHUM, 2017 – adapté CIUSSS de l’Estrie – CHUS, 2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

|  |
| --- |
| **Miction/rétention urinaire :**  Prendre la mesure du volume vésical par ultrasons (Bladder Scan) post 1re miction ou q6h si pas de miction. |
| * MOINS DE 10 ANS:   Calculer la capacité vésicale pour l’âge : (âge en années + 2) X 30 mL = \_\_\_\_\_\_\_\_ mL.  Faire un cathétérisme vésical si résidu urinaire plus de 10 % au-dessus de la capacité vésicale soit plus de \_\_\_\_\_\_\_ mL.   * 10 ans et plus : si résidu urinaire supérieur à 500 mL après tentative de miction, faire un cathétérisme vésical.   **\*Éviter cathétérisme vésical ou sonde urinaire pour les 4 premières heures post-thrombolyse. Avis médical requis.** |
| Cesser la mesure du volume vésical par ultrasons (Bladder Scan) si :   * MOINS DE 10 ANS: résidus inférieurs à 50 % de la capacité vésicale (voir ci-haut) soit \_\_\_\_\_\_\_ mL pendant 12 heures. * 10 ANS ET PLUS : résidus inférieurs à 200 mL pendant 12 heures. |
| **Si nausées ou vomissements :**  **Ondansétron** 0,15mg/kg/dose (MAX : 8mg) : \_\_\_\_\_\_\_\_ mg IV q8h PRN et aviser médecin. |
| **Constipation**: si absence de selles X 2 jours, débuter : |
| **Polyéthylène glycol 3350** (Lax-A-Day) 1g/kg/dose (MAX: 17g) : \_\_\_\_\_\_\_\_ g PO DIE |
| **Suppositoire de glycérine** intrarectal q 2 jours PRN, répétable X 1 après 2 heures |
| ATTENTION : omettre laxatifs **si plus de** 2 selles par jour ou présence de diarrhée |
| **Thromboprophylaxie** |
| Dispositifs de compression pneumatique intermittente selon l’âge |
| **Énoxaparine** 0,5mg/kg/dose (MAX : 20mg): \_\_\_\_\_\_\_\_ mg sous cutanée q12h en prophylaxie **selon l’évaluation du risque thrombotique (avis du neurologue requis)** |
| **Antiplaquettaires** |
| **Acide acétylsalicylique** (aspirine) 5mg/kg/dose (MAX : 320 mg) : \_\_\_\_\_\_\_\_ mg PO X 1 dose **(avis du neurologue requis)**  arrondir au ¼ (un quart) de co de 80 mg |
| **PUIS** |
| **Acide acétylsalicylique** (aspirine) 3 – 5 mg/kg/dose (MAX : 80mg) : \_\_\_\_\_\_\_\_ mg PO DIE **(avis du neurologue requis)**  arrondir au ¼ (un quart) de co de 80 mg |
| **Clopidogrel** 1mg/kg/dose (MAX : 75mg) : \_\_\_\_\_\_\_\_ mg PO DIE **(avis du neurologue requis)** |

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

|  |
| --- |
| **GESTION DE LA TENSION ARTÉRIELLE** |
| **Cibles de tension artérielle pré-revascularisation (à individualiser – voir verso) :**  Viser une TA systolique (TAS) entre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 dans l’AVC ischémique aigu pédiatrique confirmé**

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.

**Limite inférieure :**

* Toute hypotension (TAS ou TAM < 5e percentile pour l’âge) doit être traitée immédiatement
* Dans certains cas (ex : artériopathie), une cible plus élevée (TAM > 25e percentile ou même TAM > 50e percentile) peut être indiquée

**Limite supérieure :**

* Patients post-thrombolyse ou thrombectomie :
  + Cible standard : TA systolique maximum TAS > 15% au-dessus du 95e percentile selon âge et sexe
  + Cible peut être individualisé après discussion multidisciplinaire selon le degré de revascularisation estimé
* Patients n’ayant PAS eu de revascularisation : une hypertension plus permissive est indiquée (à individualiser)

Se référer aux tableaux ci-dessous pour les percentiles de tension artérielle systolique (TAS) et moyenne (TAM)selon l’âge et le sexe.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |

**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 |
|  | | |  |
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BILANS** | | | | | | | | | | | | |
| Glycémie capillaire QID x 48h puis cesser si inférieure à 8 mmol/L durant 48 heures. Aviser si < 4 mmol/L ou > 10 mmol/L. | | | | | | | | | | | | |
| Créatinine, sodium, potassium, glucose, gaz | | | | | | | q 6h x 24h | BID | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Magnésium, calcium, phosphore | | | | | | | x 1 puis DIE | BID | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| FSC | | | | | | | x 1 puis DIE | BID | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| RNI/INR (ratio normalisé international), TTPa\* | | | | | | | x 1 puis DIE | BID | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Toxicologie urinaire (amphétamines, cannabis, cocaïne, PCP) x 1 | | | | | | | | | | | | |
| **Demain AM ou au prochain bilan x 1 :** | | | | | | | | | | | | |
| Bilan lipidique (cholestérol total, C-LDL, C-HDL, triglycérides), HbA1c, TSH, CK | | | | | | | | | | | | |
| ALT, phosphore, albumine, vitamine B12, acide folique | | | | | | | | | | | | |
| Protéine C réactive (CRP), vitesse de sédimentation (VS), ANA | | | | | | | | | | | | |
| Bilan thrombophilique : anticoagulant lupique, anti-cardiolipines, anti B2-glycoprotein, Mutation prothrombine G202210A, protéine C, protéine S, antithrombine, mutation du facteur V de Leiden, homocystéine | | | | | | | | | | | | |
| Bilan vasculitique avancé : anti-DNA, pANCA, c-ANCA, C3, C4, sérologies virales VZV, HSV, VIH, syphilis | | | | | | | | | | | | |
| Autre(s) : | |  | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **Imagerie/Examens** | | | | | | | | | | | | |
| IRM cérébrale | | | | | | | Demain | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| CT Scan cérébral sans contraste (C −) | | | | | | | Demain | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Radiographie pulmonaire | | | | | | | Maintenant | Demain AM | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Électrocardiogramme (ECG) | | | | | | |  | | | | | |
| Holter | | | | | | |  | | | | | |
| Doppler veineux 4 extrémités | | | | | | | | | | | | |
| Échographie transthoracique (ETT) avec test de bulles | | | | | | | | | | | | |
| **Consultations** | | | | | | | | | | | | |
| Physiothérapie | | | Nutrition | Psychologie | | | Cardiologie pédiatrique | | Pédiatrie de réadaptation | | | |
| Ergothérapie | | | Service social | Orthophonie | | | Hématologie pédiatrique | | Autre : | | | |
|  | | | | |  |  | | |  |  | | |
| Signature du médecin prescripteur | | | | |  | Nom en caractère d’imprimerie | | |  | No de permis | | |
|  | | | | | | | Numérisé le (année/mois/jour) : / / à h | | | | | |

**\***Le **TTPa** (temps de thromboplastine partielle activée), le **PTT** (Partial thromboplastin Time) et le **TCA** (temps de céphaline activée) sont des appellations équivalentes