



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

ORDONNANCES MÉDICALES

Poids : _____ kg Taille : _____

Surface corporelle (m²) : _____

Allergies : _____

Aucune connue

Loi de Vanessa - Réactions indésirables graves aux médicaments : _____

ou composer le 14325

Page 1 de 4

SERVICE DE NEUROLOGIE AVC aigu : soins et surveillance

- Admission neurovasculaire Dr _____
- Transfert prévu ≤ 24 heures (COFR avisé)
- AVC ischémique** Thrombolyse Thrombectomie
- AVC hémorragique** Autre : _____
- Prendre une PA aux deux bras dès que possible
- SV et SN q 15 min x 1 h, q 30 min x 2 h, q h x 4 h, q 2 h x 8 h, puis q 4 h **OU**
- SV et SN q _____ h x _____ puis q _____ h x _____ puis tid si stable
- Monitoring cardiaque et saturation en continue x 48 h
- FiO₂ pour SpO₂ > 94 % (> 90 % si MPOC)
- Aviser MD STAT pour toute détérioration
- NaCl 0,9 % avec 20 mmol KCl / litre à 80 mL/h ou _____
- Cibles de PA (mm Hg) :** ≤ 220 / ≤ 120 ≤ 180 / ≤ 105 ≤ 140 systolique
- Si PA > cibles, répéter PA et FC après 5 min et si PA toujours > cibles et :
- Si FC > 50 batt / min, labétalol 10 mg IV par tubulure en 1 min, répétable x 1 après 10 min
 Reprendre PA et FC 5 min après chacune des doses de labétalol et aviser MD
- Si inefficace et si FC > 50 batt/min, perfusion de labétalol 300 mg / 250 mL de NaCl 0,9 %
 Débuter à 0,2 mg/min. Viser cibles PA systolique (mm Hg) : 180-220 160-180 130-140
 Augmenter ou diminuer le débit de la perfusion de 0,1 mg / min q 15 min pour atteindre les cibles
 PA et FC aux 15 min ad l'atteinte des cibles puis aux heures
 Si PA inférieure à la fenêtre visée, commencer le sevrage
 Aviser le médecin :
- Après 24 h de labétalol IV pour réévaluation
- Si débit de la perfusion de labétalol atteint 2 mg / min OU 1 mg / min, si patient est insuffisant
 rénal ou cardiaque : aviser le médecin. **Note à l'infirmière :** voir verso
- À chaque augmentation de débit quand PA n'atteint pas la cible dans le délai de 15 min
- Si PA > cibles et FC < 50 batt / min hydralazine 10 mg IV en 15 min par minipperfuseur
 (MD doit être présent lors de l'administration)
- Énalapril 1,25 mg 2,5 mg par minipperfuseur en 15 min x 1 dose
- Voir ordonnance de clevidipine (4 006 353)

Signature

N° de permis

Date

Heure

SERVICE DE NEUROLOGIE
AVC aigu : soins et surveillance

(verso de la page 2 de l'ordonnance)

Conversion des débits de labétalol

Labetalol 300 mg / 250 mL, à la teneur d'environ 1 mg / mL
en tenant compte du volume du médicament ajouté

	mg / min	mL / h
Dose de départ	0,2	12
Augmentation de dose	0,1	6
Aviser MD lorsque le débit atteint:	2	120
Patient insuffisant rénal ou cardiaque, avisé MD lorsque le débit atteint:	1	60



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

SERVICE DE NEUROLOGIE

AVC aigu : soins et surveillance

- Tête de lit en permanence : Selon confort À 30° À plat
- Repos au lit strict : x 6 h x 24 h x _____ h
- Mobilisation Avec aide Sans aide
- Congé salle de choc Transfert à l'unité d'AVC au lit : _____
- Dosage ingesta-excreta q 8 h

DYSPHAGIE

NPO ad dépistage dysphagie (STAND) < 4 h

Si anormal, aviser orthophonie, nutrition, ergothérapie et reste NPO en attendant

Si normal, diète au goût

MICITION

Pour 72 h, faire bladder scan post miction ou q 8 h si pas de miction spontanée

Cesser bladder scan si miction libre sans résidus x 12 h

Si résidu urinaire > 500 mL faire cathétérisme vésical et aviser MD au 3^e cathétérisme

Aviser MD, si aucune miction spontanée après 24 h

Si antécédent de dépression ou changement d'humeur pendant l'hospitalisation :

Dépistage de la dépression avant le départ pour la réadaptation ou le domicile

GLYCÉMIE

Glycémie capillaire qid x 48 h, puis cesser si < 8 mmol / L durant 48 heures

Échelle d'insuline Trurapi (aspartate) sous-cutanée selon glycémie capillaire qid :

≤ 10 mmol / L : 0 unité; 10,1 à 12 mmol / L : 2 unités; 12,1 à 14 mmol / L : 4 unités;

14,1 à 16 mmol/L : 6 unités; > 16,1 mmol/L : 8 unités. Donner dose complète HS

Si glycémie < 4,1 OU > 16,1 mmol/L aviser le médecin

NAUSÉES ou VOMISSEMENTS

Ondansétron 4 mg IV STAT puis q 8 h prn; aviser MD à la 1ère dose

TEMPÉRATURE

Prendre la température q 4 h x 48 h puis q 8 h ad congé

Si > 37,5 °C : acétaminophène 650 mg po ou IR q 4 h prn

Si > 38 °C : aviser MD et faire bilan septique : FSC, hémoculture x 2, analyse et culture d'urine, radiographie pulmonaire

Signature

N° de permis

Date

Heure

NE RIEN INSCRIRE AU VERSO



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

SERVICE DE NEUROLOGIE
AVC aigu : soins et surveillance

DOULEUR

Acétaminophène 650 mg po ou IR q 4 h prn

CONSTIPATION

Si absence de selles x 2 jours, donner :

Polyéthylène glycol 3350 17 g po die

Suppositoires de glycérine IR q 2 jours prn (répétable x 1 après 2 h)

Lavement Fleet huileux prn x 1 (répétable x 1 après 2 h)

Aviser le médecin si inefficace

Attention : omettre laxatifs si > 2 selles par jour ou présence de diarrhée

ANTIPLAQUETTAIRES ET THROMBOPROPHYLAXIE (voir verso pour guider l'évaluation)

- Aviser MD demain post scan contrôle pour déterminer la médication
- Aspirine (AAS) 325 mg 1 co po OU 650 mg en supp IR stat, PUIS
Aspirine 80 mg : 1 co po die
- Clopidogrel 300 mg = 4 co de 75 mg po STAT puis 75 mg 1 co po die

THROMBOPROPHYLAXIE pharmacologique (voir verso pour guider l'évaluation)

- Énoxaparine 40 mg sous-cutanée q 24 h à 20 h
Si poids < 45 kg Énoxaparine 30 mg sous-cutanée q 24 h à 20 h
Si poids > 120 kg Énoxaparine 30 mg sous-cutanée q 12 h (10 h et 22 h)
- En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 mL / min) :
Héparine 5 000 unités sous-cutanée q 12 h (10 h et 22 h)
- Autre : _____
- Thromboprophylaxie mécanique**: jambière à compression pneumatique intermittente

- PAS de thromboprophylaxie** **Raison** (obligatoire) : _____

Signature

N° de permis

Date

Heure

SERVICE DE NEUROLOGIE
AVC aigu : soins et surveillance

(verso de la page 3 de l'ordonnance)

TABLEAU 1. Évaluation du risque de TEV

Modèle Padua¹ prédisant le risque de TEV chez les patients médicaux hospitalisés

Faible risque : score < 4 points

Haut risque : score ≥ 4 points

Dans une étude observationnelle prospective¹ auprès de 1 180 patients hospitalisés, une TEV est survenue dans les 90 jours chez 11 % des patients qui étaient classés à haut risque (≥ 4 points selon les critères ci-dessous) et qui n'avaient pas reçu de thromboprophylaxie (OR, 32; IC 95%, 4,1-251)

Facteurs de risque	Points
Cancer actif ^a	3
Antécédent de TVE (excluant une thrombophlébite des veines superficielles)	3
Mobilité réduite ^b	3
Thrombophilie connue ^c	3
Trauma récent et/ou chirurgie (≤ 1 mois)	2
Âge (≥ 70 ans)	1
Insuffisance cardiaque et/ou respiratoire	1
Infarctus aigu du myocarde ou AVC ischémique	1
Infection aiguë et/ou condition rhumatologique	1
Obésité (IMC ≥ 30)	1
Hormonothérapie en cours	1

a. Avec métastases (locales ou distantes) ou réception d'une chimiothérapie ou radiothérapie dans les 6 derniers mois.

b. Repos au lit avec privilèges de salle de bain pendant ≥ 3 jours, sur ordre du médecin ou limitations du patient.

c. Porteur d'anomalies de l'antithrombine, des protéines C ou S, du facteur V Leiden, mutation G20210A de la prothrombine ou syndrome antiphospholipide

1. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, et al . A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score . J Thromb Haemost 2010; 8 (11): 2450 - 7.

TABLEAU 2. Évaluation du risque de saignement

Le risque de saignement peut être jugé ÉLEVÉ² si présence d'UN facteur de risque MAJEUR ou si combinaison de plusieurs facteurs de risque :

Facteurs de risque MAJEURS	Autres facteurs de risque (à considérer si multiples)
<input type="checkbox"/> Ulcère gastro-duodéal actif <input type="checkbox"/> Saignement dans les 3 mois précédant l'admission <input type="checkbox"/> Décompte plaquettaire < 50 x 10 ⁹ / L	<input type="checkbox"/> Âge > 85 ans (par rapport à < 40 ans) <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique (RNI > 1,5) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min/m ²) <input type="checkbox"/> Bithérapie antiplaquettaire

2. Decousus H, Tapson VF, Bergmann JF, et al. (IMPROVE investigators). Factors at admission associated with bleeding risk in medical patients: findings from the IMPROVE investigators. Chest 2011; 139 (1): 69-79



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

SERVICE DE NEUROLOGIE
AVC aigu : soins et surveillance

Bilan de base

- | | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Créatinine, Na, K | <input type="checkbox"/> Ce jour | <input type="checkbox"/> Demain | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> FSC | <input type="checkbox"/> Ce jour | <input type="checkbox"/> Demain | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> RNI et temps de céphaline (PTT) | <input type="checkbox"/> Ce jour | <input type="checkbox"/> Demain | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Troponine | <input type="checkbox"/> Ce jour | <input type="checkbox"/> Demain | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
- (si > 20 ng / L homme ou > 12 ng / L femme: répéter q 3 h x 2 (3 fois au total))
- Analyse d'urine Toxicologie urinaire (amphétamines, cannabis, cocaïne, PCP)

Demain AM

- Bilan lipidique (cholestérol total, C-LDL, C-HDL, triglycérides), CK, ALT
- Glycémie (à jeun), HbA1c, TSH Calcium, magnésium, phosphore Homocystéine
- Étude de l'hémoglobine (électrophorèse de l'hémoglobine)
- Bilan nutritionnel : protéine C réactive (CRP), transthyrétine, albumine
- Vitamine B12 (Sx neurologiques inexpliqués), acide folique (troubles neurologiques ou neuropathie)
- Coagulopathie artérielle : anticardiolipines, anticoagulant lupique, anti-bêta-2-glycoprotéine I
- Coagulopathie veineuse : antithrombine III, protéine C, protéine S
mutations du facteur II (gène de la prothrombine G-20210) et du facteur V Leiden
- Vasculite : vitesse de sédimentation (VS), ANA, Anti-DNA, Anti-ENA, ANCA, C3, C4, EIA (syphilis)
- Dosage de l'anticoagulant (dosage anti-IIa ou anti-Xa selon l'agent pris par le patient)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa) | <input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto) |
| <input type="checkbox"/> Apixaban (Éliquis) | <input type="checkbox"/> Edoxaban (Lixiana) |
- Autres :

Imagerie

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scan cérébral C- | <input type="checkbox"/> Demain | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Angio-scan (Gerbe et Willis) | | |
| <input type="checkbox"/> IRM cérébrale | <input type="checkbox"/> ECG | |
| <input type="checkbox"/> Angio-IRM (Gerbe et Willis) | <input type="checkbox"/> Holter | |
| <input type="checkbox"/> Angiographie conventionnelle | <input type="checkbox"/> Échographie cardiaque (ETT) | |
| <input type="checkbox"/> Doppler carotidien | <input type="checkbox"/> Écho transoesophagienne (ETO) | |
| <input type="checkbox"/> Doppler trans-crânien | <input type="checkbox"/> Rx pulmonaire | |

Consultants

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie | <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Nutrition | <input type="checkbox"/> Service social |
| <input type="checkbox"/> Pharmacie | <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Soins spirituels | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
- Infirmière de suivi systématique de la clientèle neurovasculaire

Signature

N° de permis

Date

Heure