

Cette case doit contenir : N° dossier, Nom, Prénom, Date de naissance, NAM, Nom de la mère, Prénom de la mère, Nom du père, Prénom du père

## CONVULSIONS OU STATUS ÉPILEPTICUS ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE

**Référer au protocole médical :** Prise en charge d'un épisode de convulsions ou de status epilepticus (CIUSSSCN-OC/PRO-2019-02)

Poids \_\_\_\_\_ kg Allergies \_\_\_\_\_ Intolérances \_\_\_\_\_

### OXYGÈNE

Administrer oxygène (O<sub>2</sub>) 100%

### MÉDICATION

#### Si accès veineux déjà en place

Lorazépam solution injectable (4 mg/ml)

0,1 mg/kg intraveineux (IV) direct en 2 minutes (maximum 4 mg/dose) = \_\_\_\_\_ mg

Répéter 0,1 mg/kg IV de Lorazépam, solution injectable (4 mg/ml), pour une seule dose après un intervalle de 5 minutes si les convulsions persistent (dose totale maximale : 8 mg/12 heures)

#### Si absence d'accès veineux, ne pas en installer un et utiliser une des voies alternatives suivantes

Midazolam solution injectable (5 mg/ml)

0,2 mg/kg (maximum 10 mg) = \_\_\_\_\_ mg pour une seule dose  par voie **intramusculaire**  par voie **sublinguale**

Diazépam solution injectable (5 mg/ml)

0,5 mg/kg administré par voie **intrarectale** (maximum 20 mg) = \_\_\_\_\_ mg pour une seule dose

Lorazépam solution injectable (4 mg/ml)

0,1 mg/kg **sous-cutané** (maximum 4 mg/dose) = \_\_\_\_\_ mg

Répéter 0,1 mg/kg **sous-cutané** de Lorazépam, solution injectable (4 mg/ml), pour une seule dose après un intervalle de 15 minutes, si les convulsions persistent

#### Lors de congé temporaire

Disponible seulement lors de congé temporaire chez un usager de **2 ans et plus**

Diazépam gel **intrarectal** (5 mg/ml)

Sélectionner la dose en fonction de l'âge et du poids (voir tableau ci-dessous) = \_\_\_\_\_ mg pour une seule dose

#### Tableau dosage diazépam gel rectal

2 à 5 ans : 0,5 mg/kg		6 à 11 ans : 0,3 mg/kg		12 ans et plus : 0,2 mg/kg	
Poids (kg)	Dose (mg)	Poids (kg)	Dose (mg)	Poids (kg)	Dose (mg)
6 à 11	5	10 à 18	5	14 à 27	5
12 à 22	10	19 à 37	10	28 à 50	10
23 à 33	15	38 à 55	15	51 à 75	15
34 et plus	20	56 et plus	20	76 et plus	20

( )

Nom :

N° Dossier:

**CONDUITE À TENIR SUITE À L'ADMINISTRATION DE LA MÉDICATION**

- Appeler 9-1-1
- Aviser le médecin ou l'infirmière praticienne en soins de première ligne (IPSPL)

Signature médicale (ou autorisée) \_\_\_\_\_ Numéro de permis \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj hh :mm

Approuvée par le comité de pharmacologie le 2019-05-29

( )