

Annexe

Analyse de la prise en charge de l'anaphylaxie à l'aide d'une ordonnance standardisée chez l'adulte au CHU de Québec-Université Laval (*Pharmactuel* 2025;58:50-55)




	 *CQ1173*	
	 *HCHUL*	
ORD. PHARM. ANAPHYLAXIE ET CHOC ANAPHYLACTIQUE - ADULTE		
POIDS : _____ kg	TAILLE : _____ cm	SURFACE CORPORELLE : _____ m ²
ALLERGIES : _____		INTOLÉRANCES : _____
TRAITEMENT INITIAL		
EPINEPHrine (Adrénaline ^{MD}) IM stat dans la face antérolatérale de la cuisse (formulation à 1 mg/ml (1:1 000)) <input type="checkbox"/> 0,3 mg = 0,3 ml <input type="checkbox"/> 0,5 mg = 0,5 ml		
Traitements adjuvants : <input type="checkbox"/> DiphenhydrAMINE (Bénadryl ^{MD}) <input type="checkbox"/> 25 mg IV stat ou <input type="checkbox"/> 50 mg IV stat <input type="checkbox"/> Ranitidine 50 mg IV stat (Zantac ^{MD}) <input type="checkbox"/> Hydrocortisone 250 mg IV stat (Solu-CORTEF ^{MD})		
Signature médicale (ou autorisée) : _____		
DATE (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ HEURE (hh:mm) : ____:____		
DEUXIÈME DOSE D'EPINEPHrine IM (si l'anaphylaxie persiste 5 minutes après la 1^e dose)		
<input type="checkbox"/> EPINEPHrine (Adrénaline ^{MD}) IM stat dans la face antérolatérale de la cuisse (formulation à 1 mg/ml (1:1 000)) <input type="checkbox"/> 0,3 mg = 0,3 ml <input type="checkbox"/> 0,5 mg = 0,5 ml		
Soluté <input type="checkbox"/> NaCl 0,9% à _____ ml/h ou <input type="checkbox"/> _____ à _____ ml/h		
Signature médicale (ou autorisée) : _____		
DATE (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ HEURE (hh:mm) : ____:____		
TROISIÈME DOSE D'EPINEPHrine IM (si l'anaphylaxie persiste 5 minutes après la 2^e dose)		
<input type="checkbox"/> EPINEPHrine (Adrénaline ^{MD}) IM stat dans la face antérolatérale de la cuisse (formulation à 1 mg/ml (1:1 000)) <input type="checkbox"/> 0,3 mg = 0,3 ml <input type="checkbox"/> 0,5 mg = 0,5 ml		
Soluté <input type="checkbox"/> NaCl 0,9% bolus de _____ ml en _____ minutes puis à _____ ml/h ou <input type="checkbox"/> _____ bolus de _____ ml en _____ minutes puis à _____ ml/h		
Signature médicale (ou autorisée) : _____		
DATE (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ HEURE (hh:mm) : ____:____		
Acceptation au Comité de pharmacologie : 2019-03-20		
300554 (2019-05-17)		
ORD. PHARM. ANAPHYLAXIE ET CHOC ANAPHYLACTIQUE - ADULTE		Dossier de l'utilisateur D.I.C.: 3-4-4 Page 1 de 2

Figure 1. Ordonnance individuelle standardisée pharmaceutique - anaphylaxie et choc anaphylactique adulte, version 2018

OIS-P ANAPHYLAXIE ET CHOC ANAPHYLACTIQUE - ADULTE		
POIDS : _____ kg	TAILLE : _____ cm	SURFACE CORPORELLE : _____ m ²
ALLERGIES : _____		INTOLÉRANCES : _____
TRAITEMENT INITIAL		
EPINEPHrine (1 mg/ml) 0,01 mg/kg : _____ mg (max 0,5 mg) IM STAT - administrer dans la face antérolatérale de la cuisse Répéter aux 5 minutes X 2 doses supplémentaires si anaphylaxie non améliorée selon évaluation médicale		
Signature médicale (ou autorisée) : _____		N° permis : _____
DATE (aaaa/mm/jj) : ____/____/____		HEURE (hh:mm) : ____:____
TRAITEMENTS DE SOUTIEN APRÈS ADMINISTRATION D'EPINEPHrine IM		
Stridor/obstruction des voies respiratoires supérieures : <input type="checkbox"/> EPINEPHrine 5 mg en nébulisation q ____ min x ____ dose(s)		
Bronchospasme : <input type="checkbox"/> Salbutamol 5 mg en nébulisation q ____ min x ____ doses <input type="checkbox"/> Salbutamol en aérosol-doseur 100 mcg/inh : ____ inh q ____ min x ____ doses		
Symptômes cutanés : <input type="checkbox"/> DiphenhydrAMINE 50 mg IV STAT Usager de 75 ans ou plus OU poids inférieur à 45 kg : diphenhydrAMINE 25 mg IV STAT		
Asthme sous-jacent et bronchospasme, angioedème, anaphylaxie réfractaire : <input type="checkbox"/> Hydrocortisone 250 mg IV STAT		
Hypotension, anaphylaxie réfractaire: <input type="checkbox"/> NaCl 0,9 % bolus de _____ L (recommandé : 0,5 à 1 L) en _____ minutes puis à _____ ml/h		
Signature médicale (ou autorisée) : _____		N° permis : _____
DATE (aaaa/mm/jj) : ____/____/____		HEURE (hh:mm) : ____:____
ANAPHYLAXIE RÉFRACTAIRE		
Usager sous b-bloquant : <input type="checkbox"/> Glucagon _____ mg IV direct (dose suggérée : 5 mg). Répéter après 5 minutes X 1 dose si anaphylaxie non améliorée selon évaluation médicale Si anaphylaxie non contrôlée, prescrire perfusion de glucagon (sugg: 0,1 mg/ml: débiter à 0,3 mg/h, titrer selon réponse ad 0,9 mg/h)		
Tout usager : <input type="checkbox"/> Perfusion d'EPINEPHrine 32 mcg/ml Débiter à <input type="checkbox"/> 0,05 mcg/kg/min OU <input type="checkbox"/> 0,1 mcg/kg/min Augmenter de 0,05 mcg/kg/min aux _____ min (suggéré : 2-3 min) jusqu'à max _____ mcg/kg/min (suggéré : 1 mcg/kg/min)		
Si perfusion intraveineuse d'EPINEPHrine non disponible rapidement: <input type="checkbox"/> EPINEPHrine 0,05 mg IV pousse-seringue en 7 min x 1 dose Préparation : Diluer 0,05 ml d'EPINEPHrine 1 mg/ml dans 10 ml de NaCl 0,9%		
Signature médicale (ou autorisée) : _____		N° de permis _____
DATE (aaaa/mm/jj) : ____/____/____		HEURE (hh:mm) : ____:____
Acceptation au comité de pharmacologie : 2023-12-14		
OIS-P ANAPHYLAXIE ET CHOC ANAPHYLACTIQUE - ADULTE		Dossier de l'usager D.I.C. : 3-4-4 Page 1 de 2

Figure 2. Ordonnance individuelle standardisée pharmaceutique - anaphylaxie et choc anaphylactique adulte, version 2024