



N° DE DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Installation : _____

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE

médicale pharmacologique

**INTUBATION À SÉQUENCE RAPIDE
CHEZ L'ADULTE À L'URGENCE**

Milieu :	Secteur :	No : X2-0330-OPI-098 Résolution : 2021-0141
----------	-----------	---

Allergies :	Poids :	Taille :
Créatinine :	Clairance de la créatinine : mL/min	<input type="checkbox"/> Mesuré <input type="checkbox"/> Approximatif <input type="checkbox"/> Mesurée <input type="checkbox"/> Approximative

LISTE PRÉPARATOIRE OBLIGATOIRE (infirmières et inhalothérapeutes)

<input type="checkbox"/> Moniteur	<input type="checkbox"/> Accès IV	<input type="checkbox"/> TET (2 tailles)	<input type="checkbox"/> Ballonnet vérifié
<input type="checkbox"/> Saturomètre	<input type="checkbox"/> LN 15 L/min	<input type="checkbox"/> Stilet	<input type="checkbox"/> Positionnement
<input type="checkbox"/> Capnographe	<input type="checkbox"/> Ballon-masque avec valve PEP	<input type="checkbox"/> Laryngoscope X 2 (<i>direct et vidéo</i>)	<input type="checkbox"/> Vasopresseur (<i>prêt à utiliser</i>)
<input type="checkbox"/> TA q 3 min		<input type="checkbox"/> Succion fonctionnelle	<input type="checkbox"/> Plan B : _____

PLAN B

<input type="checkbox"/> Bougie	<input type="checkbox"/> Masque laryngé (LMA) Crico :	<input type="checkbox"/> Discuté (kit vu, cou palpé, discuté : tous usagers)
<input type="checkbox"/> Vidéo-laryngoscope	<input type="checkbox"/> Tube laryngé (LT)	<input type="checkbox"/> Préparé (kit au chevet, identification au cou : airway difficile)
	<input type="checkbox"/> Ballon-masque avec valve PEP	<input type="checkbox"/> Ouvert (cou préparé, kit ouvert, scalpel en main : crashing/hypoxémique)

Consultation anesthésie

OPTIMISATION DE VOLÉMIE, si requis

<input type="checkbox"/> Bolus de :	<input type="checkbox"/> 500 mL	<input type="checkbox"/> 1 L	<input type="checkbox"/> NaCl 0,9 %	<input type="checkbox"/> Lactate ringer (LR)	<input type="checkbox"/> Sous pression
-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------	-------------------------------------	--	--

PRÉOXYGÉNATION, PENDANT 5 min (pour SpO₂ viser 100 %)

Lunette nasale (LN) à 15 L/min (à garder péri-intubation) avec :

Masque à haute concentration (100 % O₂) à 15 L/min

Ballon-masque avec valve PEP entre 10 et 15 cm H₂O (si Sat 100 % non obtenue) ventilation passive;

Autre : _____.

1. PRÉTRAITEMENT, 3 À 5 min AVANT INDUCTION, si requis (cocher et encercler) : en 1 à 2 min
Diminuer les doses de moitié chez l'usager en choc
Aucune évidence définitive ne supporte son utilisation; sympatholytique chez MCAS ou hypertension intracrânienne (HTIC).

Poids réel (Kg)	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	Prescrire dose
<input type="checkbox"/> Fentanyl 2 mcg/Kg	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	_____ mcg
Concentration de 50 mcg/mL	1,6 mL	1,8 mL	2 mL	2,2 mL	2,4 mL	2,6 mL	2,8 mL	3 mL	3,2 mL	3,4 mL	3,6 mL	3,8 mL	4 mL	
<input type="checkbox"/> Autre :														

VASOPRESSEUR PRN, si hypotension (cocher)

Phényléphrine : *Présentation de 10 mg/mL (1 fiole de 1 mL)*

- Ajouter 10 mg (1 mL) dans un sac de 100 mL NaCl 0,9 %
- Concentration finale : 0,1 mg/mL
- Prélever la quantité désirée à l'aide d'une seringue;
- Administrer 0,1 à 0,2 mg (1 à 2 mL) IV en bolus rapide q 3 à 5 min pour TAM _____

Épinéphrine : *Présentation pour épinéphrine cardiaque 0,1 mg/mL*

- Prélever 0,1 mg (1 mL) d'épinéphrine
- Ajouter à 9 mL de NaCl 0,9 %
- Concentration finale 0,01 mg/mL
- Administrer 0,005 à 0,02 mg (0,5 à 2 mL) IV q 1 à 5 min PRN pour TAM _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

2. SÉDATION D'INDUCTION, IMMÉDIATEMENT AVANT LA PARALYSIE (cocher et encercler)*Diminuer les doses de moitié chez l'usager en choc*

Poids réel (Kg)	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	Prescrire dose
<input type="checkbox"/> Kétamine 1,5 mg/Kg	60	70	75	80	90	100	105	110	120	130	135	140	150	___ mg
Concentration 50 mg/mL	1,2 mL	1,4 mL	1,5 mL	1,6 mL	1,8 mL	2 mL	2,1 mL	2,2 mL	2,4 mL	2,6 mL	2,7 mL	2,8 mL	3 mL	
<i>Kétamine à éviter si convulsions, AVC, chirurgie du pharynx/larynx ou arbre bronchique.</i>														
<input type="checkbox"/> Propofol 1,5 mg/Kg	60	70	75	80	90	100	105	110	120	130	135	140	150	___ mg
Concentration 10 mg/mL	6 mL	7 mL	7,5 mL	8 mL	9 mL	10 mL	10,5 mL	11 mL	12 mL	13 mL	13,5 mL	14 mL	15 mL	
<i>Propofol à éviter si instabilité hémodynamique; utiliser le poids idéal pour usager obèse</i>														
<input type="checkbox"/> Étomidate 0,3 mg/Kg	12	14	15	16	18	20	21	22	24	26	27	28	30	___ mg
Concentration 2 mg/mL	6 mL	7 mL	7,5 mL	8 mL	9 mL	10 mL	10,5 mL	11 mL	12 mL	13 mL	13,5 mL	14 mL	15 mL	

3. PARALYSIE, IMMÉDIATEMENT APRÈS L'INDUCTION (cocher et encercler)

Poids réel (Kg)	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	Prescrire dose
<input type="checkbox"/> Succinylcholine 1,5 mg/Kg	60	70	75	80	90	100	105	110	120	130	135	140	150	___ mg
Concentration 20 mg/mL	3 mL	3,5 mL	3,8 mL	4 mL	4,5 mL	5 mL	5,3 mL	5,5 mL	6 mL	6,5 mL	6,8 mL	7 mL	7,5 mL	
<i>Succinylcholine contre-indiquée si hyperkaliémie > 5,5, rhabdomyolyse, maladie neuromusculaire, ATCD hyperthermie maligne.</i>														
<input type="checkbox"/> Rocuronium 1,2 mg/Kg	50	55	60	65	70	80	85	90	95	100	110	115	120	___ mg
Concentration 10 mg/mL	5 mL	5,5 mL	6 mL	6,5 mL	7 mL	8 mL	8,5 mL	9 mL	9,5 mL	10 mL	11 mL	11,5 mL	12 mL	
<i>Rocuronium : utiliser le poids idéal pour usager obèse.</i>														

INTUBATION, 45 à 60 sec. après la paralysie Documenter après la vérification.

Tube endotrachéal No : _____, fixé à _____ cm. Nombre de tentatives : _____

Intubation réalisée par : _____ Intubation : Facile DifficileGrade Cornmack d'intubation : 1 2 3 4 Numéro de lame : _____ Précisez si : Direct Vidéolaryngoscope**CONFIRMATION DU TUBE ENDOTRACHÉAL Documenter après la vérification.**
 Capno Auscultation, entrée d'air : ÉDU, glissement pleural : RX pulm.
 EtCO₂ : _____ Droite Gauche Droite Gauche
PARAMÈTRES VENTILATOIRES INITIAUX
 Mode ventilatoire : FiO₂ : _____ % Fréquence : _____/min Volume respiratoire : _____ mL
 VAC PAC PEP : _____ cm H₂O Pression : _____ cm H₂O

Voir les ordonnances préimprimées :

-
- X2-0330-OPI-083 Ventilation par relâchement de pression des voies aériennes (APRV)
-
-
- X2-0330-OPI-084 Ventilation mécanique protectrice
-
-
- X2-0330-OPI-086 Ventilation mécanique conventionnelle

TUBE GASTRIQUE : Calibre No : _____ French (Fr) Bouche Narine droite Narine gauche

SONDE URINAIRE : Calibre No : _____ French (Fr)

SÉDATION ET ANALGÉSIE SUBSÉQUENTE/CRICOTHYROIDOTOMIE (Voir ordonnances préimprimées disponibles au Portail clinique)

-
- X2-0330-OPI-997 Sédation et analgésie usager intubé
-
-
- X2-0320-PM-072 Cricothyroïdotomie

Légende : **Capno** : Capnographie; **ÉDU** : Échographie au département d'urgence; **Crico** : cricothyroïdotomie; **PEP** : Abrév. française de PEEP

Date _____ Heure _____ Signature du médecin _____

Initiales inf.

Date _____ Heure _____ Signature du pharmacien (si requis) _____

Faire une copie de l'ordonnance pour le dossier de l'usager et acheminer l'original à la pharmacie (si nécessaire)

**INTUBATION À SÉQUENCE RAPIDE
 CHEZ L'ADULTE À L'URGENCE**