

## ORDONNANCE COLLECTIVE

### URGENCE-RÉHYDRATATION ORALE ET SOULAGEMENT DES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS DANS UN CONTEXTE DE GASTRO-ENTÉRITE PROBABLE (ONDANSETRON, ZOFRAN®)

---

**Validé par**

**Date d'entrée en vigueur** 2017-07-03

**Incluant un protocole** Oui  Non

**Approuvé par** Directrice des soins infirmiers et président du CMDP

**Date de révision** Choisissez la date

**Date de péremption** Choisissez la date

---

#### 1. Objet

##### 1.1 Description

- Débuter la réhydratation orale auprès de la clientèle visée et procéder à l'administration d'Ondansetron film à désintégration orale (Ondissolve ODF ®) PRN.

##### 1.2 But

Dans un contexte de **gastro-entérite probable** :

- Débuter la réhydratation orale le plus tôt possible
- Soulager les nausées et/ou les vomissements

#### 2. Professionnels habilités

- Les infirmières des urgences ayant reçu la formation nécessaire à l'application de cette ordonnance.

#### 3. Activités réservées

##### 3.1 Professionnel visé par l'ordonnance collective

- Infirmières
  - Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
  - Initier les mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.
  - Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
  - Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

---

### 3.2 Autre professionnel visé par l'ordonnance collective

- Aucun

### 4. Secteurs d'activités visés

- Les urgences du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

### 5. Médecin répondant

- Équipe médicale traitante (médecin à l'urgence).

### 6. Indications et conditions d'initiation

#### 6.1 Groupes de personnes visées

- Patients de **6 mois à 75 ans** se présentant à l'urgence en présence de : déshydratation, de nausées et/ou vomissements et/ou diarrhées dans un contexte de gastro-entérite probable.

#### 6.2 Conditions à l'application de l'ordonnance

- Idem 6.1.

### 7. Contre-indications et limites

#### À la réhydratation orale :

- Signes vitaux instables
- Douleur abdominale aiguë et sévère
- Antécédent de subocclusion ou occlusion (tableau clinique similaire)
- Vomissements en jets répétés ou vomissements fécaloïdes
- Présence de sang dans les vomissements (hématémèse)
- État de somnolence important
- Signes de déshydratation sévère : AVISER le MÉDECIN
- Patient ayant une restriction liquidienne
- Patient avec insuffisance rénale chronique
- Patient avec insuffisance cardiaque

---

## Contre-indications-limites (suite)

Pour l'administration d'Ondansetron film à désintégration orale (Ondissolve ODF®) :

- Allergie ou intolérance connue à l'Ondansetron (Zofran®) ou autres antagonistes des récepteurs 5HT3 (Setron, ex. : Granisetron (Kytril))
- Femme enceinte
- Patient recevant des antiarythmiques de classe I et III : Flecainide (Tambocor), Propafenone (Rythmol), Sotalol (Sotacor), Amiodarone, Dofetilid (Tikosyn), Mexiletine (Mexitil) : Problèmes de rythme cardiaque connu
- Patient connu avec QTC allongé : Problème de rythme cardiaque connu
- Insuffisance hépatique sévère

## 8. Procédure

1. Évaluation physique incluant la prise de signes vitaux (T.A., Pls, Resp., T<sup>0</sup> (R<sup>0</sup>)), évaluation de la douleur, remplissage (refill) capillaire, glycémie capillaire et prise de poids (sans couche pour le bébé) et vérifier si allergies.
2. Évaluer les signes et symptômes de déshydratation :

### Signes de déshydratation:

- Somnolence
- Bouche, peau et langue sèches
- Yeux cernés ou creux
- Dépression de la fontanelle chez le bébé
- Diminution de l'urine et concentration (plus foncée) (moins d'une couche mouillée en 4-6 heures chez l'enfant)
- Perte de poids
- Absence de larmes

### Signes de déshydratation sévère :

- Respiration plus rapide et superficielle
- Mains et pieds froids
- Peau marbrée
- Accélération du rythme cardiaque
- Hypotension
- Altération de l'état de conscience

- 
- Hypotonie
  - Hypoglycémie
  - Augmentation du temps de remplissage (refill) capillaire (plus de 2 secondes)

**Alerte :** En présence de signes de déshydratation sévère, faire voir rapidement par le médecin et débiter l'ordonnance collective.

3. Valider avec le patient ou la famille, le ou les médicaments pris dans les derniers 24 heures.
4. Valider avec le patient ou la famille, le ou les médicaments usuels pris.
5. Documenter l'horaire exact du dernier vomissement.
6. Débiter la réhydratation telle que Enfalyte® dès le premier symptôme (vomissement ou diarrhée). **Note :** Si le patient ne tolère pas l'Enfalyte, lui offrir jus de pomme dilué (moitié jus - moitié eau) ou une boisson au goût.

#### POSOLOGIE :

##### SOLUTION RÉHYDRATATION ORALE (ENFALYTE)

- Si le dernier vomissement est survenu **dans la dernière heure** :
  - Administrer l'Ondansetron (Zofran®) vous référer au point # 8 et débiter la réhydratation orale **20 minutes après**.
  - Si le vomissement **date de plus d'une heure** : Débiter la réhydratation orale.

Demander la **collaboration du patient (parents)** pour la réhydratation orale et leur demander de compléter le feuillet : « Urgences – À l'attention des patients (parents) – Réhydratation orale » (**voir Annexe 1**).

Vous référer à l'algorithme de réhydratation (Enfalyte®), patient de 6 mois à 75 ans dans un contexte de gastro-entérite probable (**voir Annexe 2**).

7. Si le patient vomit à nouveau :
  - Si le patient n'a pas reçu d'Ondansetron (Zofran®), **administrer** l'Ondansetron (Zofran®) Voir # 8, attendre 20 minutes **ET**
  - Reprendre la réhydratation orale aux doses initiales (5 à 10 ml aux 5 minutes).

Donner une quantité équivalente à **50 ml/kg en 4 heures**. Vous pouvez administrer **de 5 millilitres à 10 millilitres toutes les 5 minutes** et augmenter progressivement jusqu'à ce que le patient boive et mange normalement.

**Stabilité :** Enfalyte : conserver dans son contenant original. Jeter toute portion inutilisée.

## ONDANSÉTRON

8. Administrer l'Ondansetron (Zofran ODT®) **par voie orale pour 1 dose seulement.**

**Vous référer au tableau suivant :** Manipulation des comprimés/film à dissolution rapide (ODT) :

Déballer le comprimé/film au chevet du patient. Éviter de toucher le comprimé/film avec les mains. Pour les doses fractionnées (1/2 comprimé/film), manipuler avec soin. Laisser fondre le comprimé/film ou la 1/2 comprimé/film sur la langue puis avaler. Jeter toute portion inutilisée.

Poids enfant	Dose orale	Ondansetron ODT 4 mg/comprimé/film à dissolution rapide	Ondansetron ODT 8 mg/comprimé/film à dissolution rapide
8 – 15 kg	2 mg	1/2 comprimé/film	-----
15.1 – 30 kg	4 mg	1 comprimé/film	-----
30.1 kg et plus	8 mg	-----	1 comprimé/film

9. Documenter l'ordonnance collective de la façon suivante :

- Sur la feuille d'ordonnances pharmaceutiques / **formulaire pré-imprimé à venir**:
  - Inscrire le nom du médicament, la dose, la voie d'administration, la fréquence et le poids.
  - Inscrire selon l'ordonnance collective et signer l'ordonnance.
  
- Sur le profil pharmaceutique :
  - Transcrire l'ordonnance au profil selon la procédure habituelle.
  
- Sur la feuille de notes d'évolution de l'infirmière :
  - Inscrire :
    - Les éléments de l'évaluation qui justifient l'application de l'ordonnance collective.
    - Les interventions posées en fonction des réévaluations requises.
    - Les résultats (ex. : réactions du patient, efficacité du traitement, effets secondaires,...).

# URGENCES

## À L'ATTENTION DES PATIENTS (PARENTS)

### Réhydratation orale

Par **Enfalyte®** (solution de réhydratation orale)



Nom :	_____
Poids :	_____
Quantité visée en 4 heures (50ml/kg) :	_____ ml
Heure de début de la réhydratation :	_____
<b>Directives :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Donner une quantité équivalente à 50 ml/Kg en 4 heures.</li> <li>● Donner de 5 ml à 10 ml <b>toutes les 5 minutes</b> pour la première heure. Par la suite, et <b>augmenter progressivement</b> la quantité jusqu'à ce que le patient boive et mange normalement. Vous pouvez également augmenter l'intervalle de 5 à 10 minutes.</li> <li>● Si vomissements, attendre 20 minutes et reprendre la réhydratation orale.</li> </ul>	
Merci de votre collaboration!	

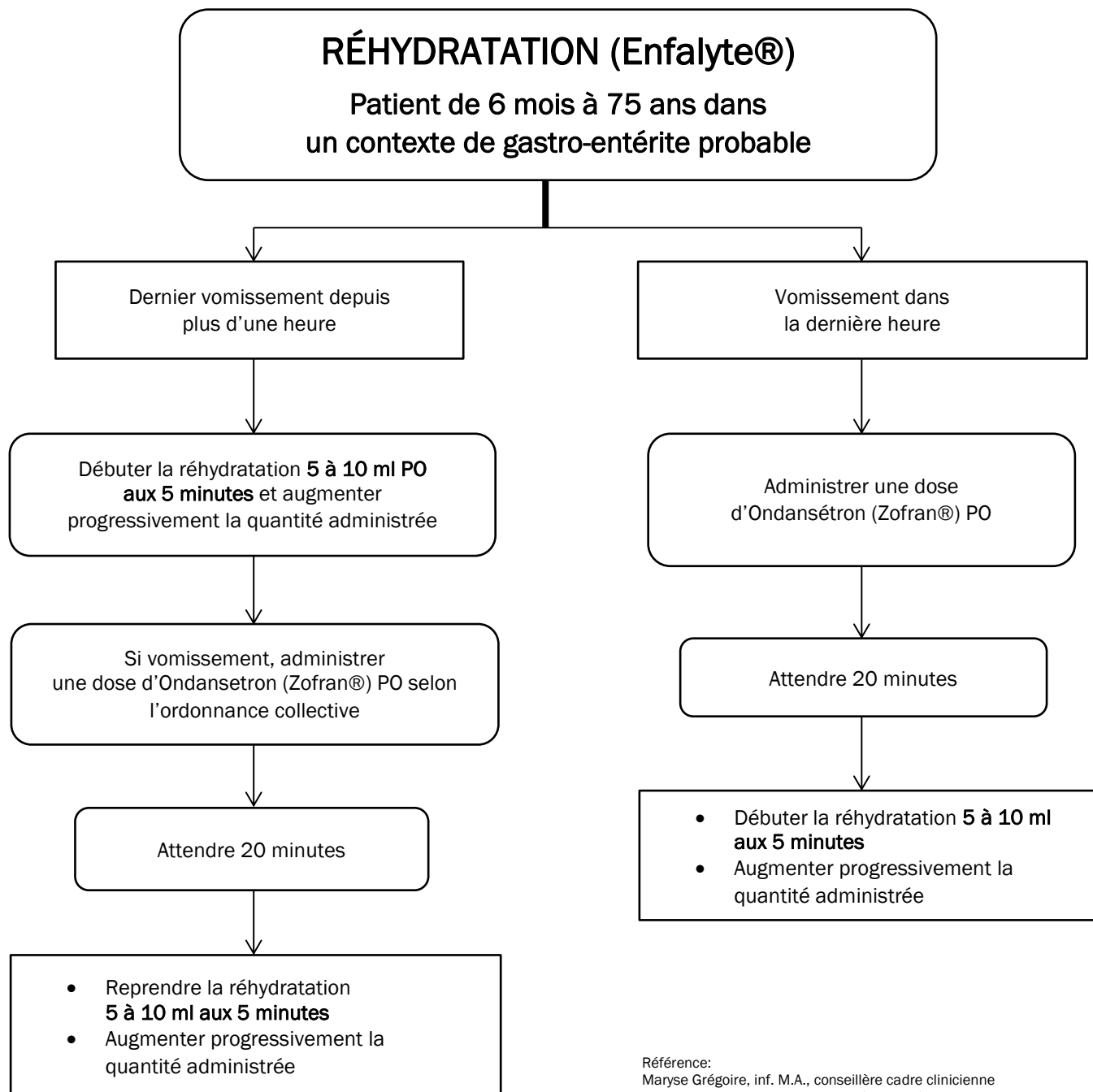
HEURE	QUANTITÉ ENFALYTE ML	NOMBRE VOMISSEMENTS	HEURE	QUANTITÉ ENFALYTE ML	NOMBRE VOMISSEMENTS	HEURE	QUANTITÉ ENFALYTE ML	NOMBRE VOMISSEMENTS

Elaboré par : C. Couturier, inf. B. Sc. , ICDC et M. Grégoire, inf. M. A. conseillère cadre clinicienne. Programme-clientèle médecine générale et urgence et N. Daviau, pharmacienne. En collaboration avec le Comité de protocoles médecins et infirmières : Octobre 2013

\\usrdoc.hbmp1.local\utilisateurs\Favre Cathleen\DSI - Avec Marie\Travaux\Maryse\Annexe 1 - À l'attention des parents - Réhydratation.docx

**JETEZ AU DÉPART**

## URGENCES



Référence:  
Maryse Grégoire, inf. M.A., conseillère cadre clinicienne  
Carine Couturier, inf. B. Sc., infirmière en développement clinique  
Programme-clientèle médecine générale et urgence

---

## 9. Sources

- 1- Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Association des pharmaciens du Canada, 42<sup>ème</sup> édition, 2007.
- 2- Cheng A. L'utilisation de l'ondansetron par voie orale au département d'urgence pour traiter les vomissements aigus liés à la gastroentérite chez les nourrissons et les enfants. Paediatr Child Health 2011;16(3) :180-2
- 3- Leung A, Prince T. La réhydratation par voie orale et la réalimentation rapide dans le traitement de la gastroentérite infantile. Paediatr Child Health 2006;11(8) :535-9
- 4- Freedman SB, Adler M, Seshadri R et al. Oral ondansetron for gastroenteritis in a pediatric emergency department. NEJM 2006;354 :16 :1698-705
- 5- Freedman SB, Powell EC, Nava-Ocampo AA et al. Ondansetron dosing in pediatric gastroenteritis: a prospective cohort, dose-response study. Pediatr Drugs 2010 :12(6) :405-10
- 6- Allan GM, Wilson W, Ivers N. Can ondansetron help children with vomiting due to gastroenteritis? Can Fam phys. 2012;58:167
- 7- Uptodate. Oral rehydratation therapy 2013
- 8- Drug info handbook 2013
- 9- Zofran ODT monographie, 2013
- 10- CHUS (2015). O.C. urgence-26, Réhydratation orale et soulagement des nausées et vomissements (patient de 6 mois à 75 ans) dans un contexte de gastro-entérite probable.
- 11- CSSS-Coaticook (2012). Initier une mesure thérapeutique : Administration de Graval<sup>™</sup> (Diphenhydramine) SIC (Dimenhydranate) à titre d'antiémétique. (Code DSI-OC-Graval.V.1.COA)
- 12- Freedman S, Willan A, Boutis K & Schuh S. (2016). American Medical Association. JAMA May 10, 2016. Volume 315, number 18.

## 10. Processus d'élaboration

### 10.1 Rédaction

---

Nom :	Grégoire	Prénom :	Maryse	, CCC DSI	Date :	2017-01-04
-------	----------	----------	--------	-----------	--------	------------

---

### 10.2 Consultation/collaboration

---

Nom :	Comité de développement et de suivi des ordonnances collectives des urgences	Date :	2017-01
-------	--	--------	---------

---

Nom :	D <sup>e</sup> Collinge	Prénom :	Marie-Laure	, Chef médical des urgences	Date :	2017-01
-------	-------------------------	----------	-------------	-----------------------------	--------	---------

---

Nom :		Prénom :		, Titre du collaborateur	Date :	
-------	--	----------	--	--------------------------	--------	--

---

### 10.3 Approbation

Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)

Comité de Gestion des outils cliniques (CGOC)



---

## 11. Processus d'autorisation

Ne pas compléter avant autorisation du (CGOC).

Nom, prénom : Dr Serge Lepage      Signature : Version originale signée , Président du CMDP      Date : 2017-04-06

Nom, prénom : Robin-Marie Coleman      Signature : Version originale signée , Directrice des soins infirmiers      Date : 2017-03-23

---

## 12. Historique des révisions

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_