

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom, Prénom de la mère : _____

DIVERTICULITE COMPLIQUEE

Si diverticulite non compliquée se référer à OIPI-1012

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATION

La diverticulite compliquée requiert une antibiothérapie intraveineuse. Elle peut également être simple à modérée ou grave selon la présence de certaines complications. En présence d'une diverticulite compliquée grave, rechercher la présence de facteurs de risque de multirésistance.

DIVERTICULITE COMPLIQUÉE SIMPLE À MODÉRÉE (si GRAVE voir page 2) :

- abcès drainable
- microperforation
- fistules

ANTIBIOTHÉRAPIE

1^{ère} intention

_____ Amoxicilline-clavulanate	☐ 1 g IV q 8 h	Si ClCr supérieure ou égale à 30 mL/min
Initiales	☐ 1 g IV x 1 puis 500 mg IV q 12 h	Si ClCr de 10 et 29 mL/min
	☐ 1 g IV x 1 puis 500 mg IV q 24 h	Si ClCr inférieure à 10 mL/min
	☐ 1 g IV x 1 puis 500 mg IV q 24 h	Si dialyse
		(si applicable, administrer après dialyse)

_____ Ceftriaxone	2 g IV q 24 h
ET	
Initiales	_____ Métronidazole 500 mg ☐ IV ☐ PO q 8 h

2^e intention

_____ Ertapénem	☐ 1 g IV q 24 h	Si ClCr supérieure ou égale à 30 mL/min
Initiales	☐ 0,5 g IV q 24 h	Si ClCr inférieure à 30 mL/min

En cas d'allergie à la pénicilline [Outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines \(inesss.qc.ca\)](http://inesss.qc.ca)

En cas d'allergie très sévère aux bêta-lactamines

_____ Ciprofloxacine	☐ 400 mg IV q 12 h	Si ClCr supérieure ou égale à 30 mL/min
	☐ 400 mg IV q 24 h	Si ClCr inférieure à 30 mL/min
	☐ 500 mg PO q 12 h	Si ClCr supérieure ou égale à 30 mL/min
	☐ 500 mg PO q 24 h	Si ClCr inférieure à 30 mL/min

ET	
Initiales	_____ Métronidazole 500 mg ☐ IV ☐ PO q 8 h

ANALGÉSIE

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

DIVERTICULITE COMPLIQUEE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

DIVERTICULITE COMPLIQUÉE GRAVE :

- sepsis
- obstruction
- péritonite
- perforation

ANTIBIOTHÉRAPIE

1^{ère} intention

Initiales	Pipéracilline-tazobactam	☐ 4,5 g IV q 8 h ☐ 3,375 g IV q 8 h ☐ 2,25 g IV q 8 h ☐ 2,25 g IV q 8 h	Si ClCr supérieure à 40 mL/min Si ClCr de 20 à 40 mL/min Si ClCr inférieure à 20 mL/min Si dialyse + 0,75 g IV après dialyse
-----------	--------------------------	--	---

2^e intention

Initiales	Méropénem	☐ 1 g IV q 8 h ☐ 1 g IV q 12 h ☐ 0,5 g IV q 12 h ☐ 0,5 g IV q 24 h	Si ClCr supérieure ou égale à 50 mL/min Si ClCr de 25 à 49 mL/min Si ClCr de 10 à 24 mL/min Si ClCr inférieure à 10 mL/min
-----------	-----------	---	---

Durée :

Initiales	Céfépime	2 g IV q 8 h	
	ET		
Initiales	Métronidazole	500 mg ☐ IV ☐ PO q 8 h	

En cas d'allergie à la pénicilline [Outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines \(inesss.qc.ca\)](https://www.inesss.qc.ca/fr/ressources/outil-d-aide-a-la-decision-en-cas-d-allergie-aux-penicillines)

En cas d'allergie très sévère aux bêta-lactamines

Initiales	Ciprofloxacin	☐ 400 mg IV q 12 h ☐ 400 mg IV q 24 h ☐ 500 mg PO q 12 h ☐ 500 mg PO q 24 h	Si ClCr supérieure ou égale à 30 mL/min Si ClCr inférieure à 30 mL/min Si ClCr supérieure ou égale à 30 mL/min Si ClCr inférieure à 30 mL/min
-----------	---------------	--	--

Initiales	ET		
	Métronidazole	500 mg ☐ IV ☐ PO q 8 h	

ANALGÉSIE

Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)