Santé Québec
Montérégie-Ouest

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

THROMBOLYSE LORS D'AVC AIGU

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Cocher si applicable	CRITÈRES D'INCLUSION DE LA THROMBOLYSE IV
	Diagnostic clinique d'AVC chez un usager d'au moins 18 ans avec déficits neurologiques mesurables. (Si moins de 18 ans, contacter le MNI pour possibilité de thrombectomie (pas un hôpital pédiatrique))
	Délai confirmé de moins de 4,5 heures entre le début des symptômes avant l'administration de la thrombolyse.
Cocher si applicable	**CRITÈRES D'EXCLUSION ABSOLUS** (considérer thrombectomie)
	Hémorragie intracrânienne objectivée par imagerie
	Suspicion d'HSA avec scan normal
	Hémorragie active
	Anticoagulation thérapeutique : • RNI plus grand que 1,7; • Usager sous héparine IV selon PTT; • Usager sous HBPM dans les dernières 48 heures; • Usager ayant reçu un anticoagulant oral direct (apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban) dans le dernier 48h
	Signe précoce d'AVC massif et/ou score ASPECT[1] plus petit que 5 au scan
Cocher si applicable	**CRITÈRES D'EXCLUSION RELATIFS → JUGEMENT CLINIQUE** (signification des classes à l'Annexe 1)
	Antécédents
	Historique intracrânien : AVC, TCC sévère, chirurgie intracrânienne ou intracérébrale moins de 3 mois ou hémorragie intracrânienne (Classe III).
	Chirurgie majeure récente : Pour les post-op de chirurgies majeures (cardiaques, thoraciques, abdominales et orthopédiques) de moins de 14 jours, considérer la thrombolyse avec précaution (Classe IIb).
	Infarctus récent : La thrombolyse est raisonnable pour l'usager avec une histoire récente, moins de 3 mois, de NSTEMI (Classe IIa), STEMI inférieur ou droit (Classe IIa) et STEMI antérieur (Classe IIb).
	Trauma majeur récent : Pour les traumas majeurs de moins de 14 jours, considérer la thrombolyse avec précaution (Classe IIb).
	Néoplasie ou saignements gastro-intestinaux de moins de 21 jours : La thrombolyse est considérée à haut risque et potentiellement délétère (Classe III).
	Antiplaquettaire : La thrombolyse est recommandée pour les usagers sous antiplaquettaire en monothérapie ou combinée (Classe I).
	Menstruation : La thrombolyse est probablement indiquée chez l'usagère menstruée sans histoire de ménorrhagie (Classe IIa).
	Grossesse : La thrombolyse peut être considérée lorsque les bénéfices anticipés (AVC modéré à sévère) surpassent le risque anticipé de saignement utérin (Classe IIb).
	Cliniques
	Hypertension : Cibler TAS inférieure à 185 mmHg ET TAD inférieure à 110 mmHg avant la thrombolyse (Classe I). *Voir section Gestion de la tension artérielle à la page 3 de l'OIPI.*
	AVC de faible sévérité : Pour les usagers de faibles symptômes neurologiques, mais invalidants, la thrombolyse est indiquée (Classe I).
	Amélioration clinique précoce : La thrombolyse est raisonnable chez l'usager qui s'améliore, mais demeurant avec un déficit neurologique incapacitant (Classe IIa).
	Convulsion au début de l'AVC : La thrombolyse est raisonnable si les symptômes neurologiques ne sont pas attribuables à un phénomène post-ictal (Classe IIa).
	Déficit neurologique factice (Stroke Mimic[2]) : Considérant le risque hémorragique faible chez cette population, la thrombolyse est recommandée par rapport au délai d'investigation supplémentaire (Classe IIa).

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

THROMBOLYSE LORS D'AVC AIGU (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

	Laboratoires
	Glycémie inférieure à 2,8 ou supérieure à 22,2 mmol/L : Considérer la thrombolyse après correction de la glycémie (Classe IIb).
	Plaquettes inférieures à 100 x 10 : La thrombolyse est considérée à haut risque et potentiellement délétère (Classe III)
	Radiologiques
	Dissection cervicale intracrânienne : L'efficacité et l'innocuité de la thrombolyse pour les AVC associés à une dissection cervicale intracrânienne demeurent incertaines et non établies (Classe IIb).
	Dissection cervicale extracrânienne : Thrombolyse est raisonnable pour les AVC associés à une Dissection cervicale extracrânienne (Classe IIa).

***En cas de contre-indications relatives à la thrombolyse, penser à la thrombectomie et appeler neurologue / équipe thrombectomie si les critères d'inclusion sont remplis.**

[1] Score ASPECT : www.aspectstroke.com

[2] Interpréter que le ''Stroke Mimic'' n'est pas une indication de thrombolyse, mais lire plutôt un risque hémorragique faible si elle est administrée

CRITÈRES DE THROMBECTOMIE

Classe I

- Diagnostic clinique d'AVC ischémique avec déficit neurologique incapacitant et mesurable chez l'usager de 18 ans et plus;
- Occlusion causal artère carotide interne, segment M1 de l'ACM, artère basilaire ou segment M2 avec un déficit significatif;
- Score mRS[3] pré AVC de 0 à 2;
- NIHSS égal ou supérieur à 6 (se référer à l'Annexe 2);
- Aspect[4] égal ou supérieur à 6;
- Début des symptômes depuis moins de 6 heures avant la ponction procédurale.

Classe IIb

- Si occlusion causale des segments M2 ou M3, les artères cérébrales antérieures, vertébrales ou cérébrales postérieures.

Fenêtre 6 à 16 heures : Classe I
Fenêtre 16 à 24 heures : Classe IIa
Occlusion gros vaisseau de la circulation antérieure
ET
Critères spécifiques à discuter avec le neuro-vasculaire du MNI dont AVC au réveil ou sans témoin du début des symptômes.

[3] Score neurologique mRS : 0 = aucun symptôme; 1 = Pas d'incapacité en dehors des symptômes, activités et autonomie conservées; 2 = Handicap faible, incapable d'assurer les activités habituelles, mais autonomie

[4] www.aspectstroke.com

Soins et surveillance initiaux pré-thrombolyse

- NPO;
- ECG 12 dérivations STAT, puis moniteur cardiaque;
- Signes vitaux + signes neurologiques q 15 minutes (TA aux 2 bras au moins 1 fois);
- Glycémie capillaire et aviser médecin si hypoglycémie inférieure à 4 mmol/L;
- O_2 pour saturation visée à 94% et plus (MPOC saturation visée à 90% et plus);
- 2 Salin lock de calibre minimal 20 g (dont 1 avec robinet);
- Bilans sanguins : FSC, PT-PTT, RNI, créatinine, urée, Na^+, K^+, glucose, troponine, code 50 (2 culots en réserve), beta-HCG (si femme de 12 à 50 ans).

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

THROMBOLYSE LORS D'UN AVC AIGU (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

GESTION DE LA TENSION ARTÉRIELLE

Cibles :

Pré-thrombolyse

- TAS inférieure à 185 mmHg **ET** TAD inférieure à 110 mmHg

Per/Post-thrombolyse

- TAS inférieure à 180 mmHg **ET** TAD inférieure à 105 mmHg

- Si TAS **OU** TAD supérieure aux cibles : reprendre une 2e mesure 5 minutes plus tard
- Si TAS **OU** TAD demeure supérieure aux cibles : aviser le médecin traitant

Options thérapeutiques :

_____ Labétalol 10 mg IV (sans rediluer) en 2 min répétable q 10 min x 2 si valeurs cibles non-atteintes **(1er choix)**
Initiales *Ne pas administrer si fréquence cardiaque inférieure à 50/minutes*

_____ Hydralazine 10 mg IV dans 50 mL de NaCl 0,9% en 15 min, q 30 min répétable 1 fois si cibles non-atteintes
Initiales

_____ Enalaprilat 1,25 mg IV (sans rediluer), lentement en 5 min NON répétable
Initiales *Présence médicale requise lors de l'administration*

Considérer perfusion de labétalol si hypertension récidivante
Considérer de ne pas thrombolyser si échec à 3 doses de tous médicaments confondus

SOINS ET SURVEILLANCE PER ET POST THROMBOLYSE

- NPO jusqu'au test de dépistage de dysphagie/consultation dysphagie;
- Moniteur cardiaque / Télémétrie (prescrire OIPI-675 Ordonnance de surveillance par télémétrie, au besoin);
- Signes vitaux q 15 minutes x 2 heures, q 30 minutes x 2 heures, q 1 heure x 6 heures, q 4 heures x 16 heures et TID par la suite (suivant le début de la perfusion);
- Signes neurologiques q 30 minutes x 2 heures, q 1 heure x 8 heures, q 4 heures x 16 heures et TID par la suite (suivant le début de la perfusion);
- Saturométrie continue x 24 heures et O_2 pour saturation visée supérieure à 94%;
- Température buccale q 4 heures x 24 heures;
- Glycémies capillaires QID x 48 heures / Insuline sous-cutanée (prescrire OIPI-629 Insuline sous cutanée selon échelle glycémique, au besoin);
- Repos strict au lit, tête de lit à 30˚ x 24 heures;
- Surveiller les sites de ponction à la même fréquence que les signes vitaux x 4 heures;
- Surveiller signe d'angioœdème (0,3% des usagers) q 15 minutes x 2 heures;
- Éviter toute mesure invasive pour les premières 4 heures post-thrombolyse (injection IM, voie centrale, gaz artériel, sonde urinaire, TNG, etc);
- *Consultation soins intensifs*.

Aviser médecin STAT si :

- Signes de détérioration neurologique, convulsion, présence ou augmentation des céphalées;
- Signes d'hémorragie, de saignements intracrâniens, d'angioœdème.

Ne pas prendre la TA du côté de la perfusion d'altéplase (si possible)

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

THROMBOLYSE LORS D'UN AVC AIGU (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ADMINISTRATION DE LA THROMBOLYSE

_____ **Ténectéplase (traitement de première intention)**
Initiales

Dose de ténectéplase (TNKase) _____ mg (0,25 mg/kg jusqu'à un maximum de 25 mg) IV x 1
Administrer IV bolus en 5 secondes, puis rincer la tubulure avec NaCl 0,9%

Poids (kg)	Dose (mg)	Tenecteplase Volume[1] (concentration 5 mg/mL – 50 mg/10 mL)
Moins que 60	15	3 mL
60 à 69,9	17,5	3,5 mL
70 à 79,9	20	4 mL
80 à 89,9	22,5	4,5 mL
90 ou plus	25	5 mL

[1] Volume à prélever dans une fiole de TNKase après reconstitution avec 10 mL d'eau stérile pour injection

OU

_____ **Altéplase (traitement alternatif)**
Initiales

Dose totale d'altéplase (Activase – rT-PA) _____ mg IV (0,9 mg/kg jusqu'à un maximum de 90 mg)
Débuter par bolus *(10% de la dose totale)* _____ mg IV en 1 à 2 minutes
Puis débuter perfusion *(90% de la dose totale)* _____ mg IV en 60 minutes

Aucun autre médicament dans cette voie

****Ne pas administrer d'antiplaquettaire, d'anticoagulant, d'AINS ou d'antithrombotique durant le prochain 24 h****

GESTION DE L'ANGIO-OEDÈME (1% avec altéplase ou ténectéplase)

- Cesser perfusion d'altéplase si en cours

_____ DiphenhydrAMINE 50 mg IV (sans rediluer) en 2 min q 6 h x 24 h
Initiales

_____ Famotidine 20 mg IV dans 10 mL de NaCL 0,9% en 2 min q 12 h x 24 h
Initiales

_____ Méthylprednisolone succinate 80 mg (sans rediluer) en 2 min x 1, puis 40 mg IV (sans rediluer) en 2 min q 8 h x 24 h
Initiales

AVERTISSEMENT : L'administration d'épinéphrine (adrénaline) est à proscrire en raison du risque hémorragique.

GESTION DES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

_____ Métoclopramide 10 mg IV (sans rediluer) en 2 min q 6 h PRN x 24 h
Initiales

Si inefficace :

_____ DimenhyDRINATE 50 mg IV dans 10 mL de NaCl 0,9% en 2 min q 6 h PRN x 24 h
Initiales

GESTION DES SAIGNEMENTS INTRACRÂNIENS SYMPTOMATIQUES (SECTION RÉSERVÉE AU MÉDECIN)

- *Cesser perfusion d'altéplase si en cours ;*
- *Obtenir un CT-scan de la tête en urgence ;*
- *10 unités de cryoprécipité, répétable x 1 si niveau de fibrinogène inférieur à 200 mg/dL ;*
- *Acide tranexamique (Cyklokapron) bolus de 1 g IV ;*
- *Consultation en neurochirurgie et hématologie.*

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

ANNEXE 1

Classement des recommandations en fonction du niveau d'évidences American College of Cardiology (ACC) / American Heart Association (AHA)				
	Classe I ***Bénéfices >>> Risques*** La procédure ou le traitement doit être appliqué/administré	**Classe IIa** ***Bénéfices >> Risques*** Des études supplémentaires avec objectifs spécifiques sont nécessaires. Il est raisonnable d'appliquer la procédure ou le traitement.	**Classe IIb** ***Bénéfices ≥ Risques*** Des études supplémentaires avec objectifs extensifs sont nécessaires. La procédure ou le traitement peut être considéré.	**Classe III** ***Risques ≥ Bénéfices*** Aucune autre étude additionnelle n'est nécessaire. La procédure ou le traitement ne doit pas être appliqué puisqu'il n'est pas aidant et peut être même dangereux.
Niveau A **Multiples études (3-5)**	• La procédure ou le traitement est recommandé comme étant utile et efficace. • Les évidences sont suffisantes et appuyées par de multiples études randomisées ou de méta-analyses.	• La procédure ou le traitement est recommandé et semble utile et efficace. • Quelques évidences conflictuelles provenant de multiples études randomisées ou de méta-analyses.	• L'utilité et l'efficacité de la procédure ou du traitement sont moins bien établies. • Évidences conflictuelles plus importantes provenant de multiples études randomisées ou de méta-analyses.	• La procédure ou le traitement n'est pas recommandé, car il est inutile, inefficace et peut être même dangereux. • Évidences suffisantes en provenance de multiples études randomisées ou de méta-analyses.
Niveau B **Nombre d'études limité (2-3)**	• La procédure ou le traitement est recommandé comme étant utile et efficace. • Évidence limitée par une seule étude randomisée ou d'études non randomisées.	• La procédure ou le traitement est recommandé et semble utile et efficace. • Quelques évidences conflictuelles provenant d'une seule étude randomisée ou d'études non randomisées.	• L'utilité et l'efficacité de la procédure ou du traitement sont moins bien établies. • Évidences conflictuelles plus importantes provenant d'une seule étude randomisée ou d'études non randomisées.	• La procédure ou le traitement n'est pas recommandé, car il est inutile, inefficace et peut être même dangereux. • Évidence limitée par une seule étude randomisée ou d'études non randomisées.
Niveau C **Nombre d'études très limité (1-2)**	• La procédure ou le traitement est recommandé comme étant utile et efficace. • Seulement des opinions d'experts ou normes de soins – « standard-of-care ».	• La procédure ou le traitement est recommandé et semble utile et efficace. • Seulement des opinions d'experts qui ne vont pas nécessairement dans le même sens, études de cas, normes de soins – « standard-of-care ».	• L'utilité et l'efficacité de la procédure ou du traitement sont moins bien établies. • Seulement des opinions d'experts qui ne vont pas nécessairement dans le même sens, études de cas, normes de soins.	• La procédure ou le traitement n'est pas recommandé, car il est inutile, inefficace et peut être même dangereux. • Seulement des opinions d'experts ou normes de soins « standard-of-care ».

Traduction libre: ACC/AHA Guidelines for the Management of patients With ST-Elevation Myocardial Infarction, revised, 2004. – *(Update 2007 – STEMI guidelines)*, p. 6, New AHA recommendations guidelines for ECC and CPR, November 28th, 2005 – (ECC and CPR guidelines 2005), p. I

ANNEXE 2

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

CATÉGORIE		DESCRIPTION	SCORE	
1a	Niveau de conscience	Alerte	0	
		Somnolent	1	
		Stupeur	2	
		Coma	3	
1b	Niveau de conscience : Questions (mois, âge)	Deux réponses exactes	0	
		Une seule bonne réponse	1	
		Pas de bonne réponse	2	
1c	Niveau de conscience : Ordres (ouvrir/fermer les yeux, serrer le poing)	Deux ordres effectués	0	
		Un seul ordre effectué	1	
		Aucun ordre effectué	2	
2	Regard (yeux ouverts, usager suit le doigt, le visage de l'examinateur)	Normal	0	
		Parésie partielle du regard	1	
		Déviation forcée du regard	2	
3	Vision (stimulus visuel ou menace visuelle dans le champ visuel de l'usager)	Champ visuel normal	0	
		Hémianopsie partielle	1	
		Hémianopsie complète	2	
		Cécité bilatérale	3	
4	Parésie faciale (montre les dents, montre les sourcils, serre les paupières)	Motricité faciale normale	0	
		Asymétrie faciale légère à modérée	1	
		Paralysie faciale franche	2	
		Diplégie faciale	3	
5	Moteur, membre supérieur : gauche/droit		GAUCHE	DROIT
		Pas d'affaissement	0	0
		Affaissement en moins de 10 secondes	1	1
		Ne peut pas tenir contre gravité	2	2
		Pas d'effort contre gravité	3	3
		Aucune contraction	4	4
		Éval. impossible : Amputation	x	x
6	Moteur, membre inférieur : gauche/droit		GAUCHE	DROIT
		Pas d'affaissement	0	0
		Affaissement en moins de 5 secondes	1	1
		Ne peut pas tenir contre gravité	2	2
		Pas d'effort contre gravité	3	3
		Aucun mouvement	4	4
		Éval. impossible : Amputation	x	x
7	Ataxie doigt-nez, talon-genoux	Pas d'ataxie	0	
		Ataxie présente sur un membre	1	
		Ataxie présente sur deux membres	2	
8	Sensibilité (piqûre visage, bras, tronc, jambe); comparer les deux côtés	Normale	0	
		Hypoesthésie partielle	1	
		Hypoesthésie sévère	2	
9	Langage (utiliser les cartes avec dessins et les phrases)	Pas d'aphasie	0	
		Aphasie légère à modérée	1	
		Aphasie sévère	2	
		Mutisme	3	
10	Dysarthrie (répétition des mots)	Articulation normale	0	
		Dysarthrie légère à modérée	1	
		Inintelligible	2	
		Intubé	x	
11	Extinction ou inattention (utiliser l'information de l'examen précédent pour identifier une négligence aux stimuli bilatéraux)	Pas de négligence	0	
		Négligence partielle	1	
		Négligence complète : visuelle, auditive, spatiale	2	
		SCORE TOTAL		

ANNEXE 3

Guide d'administration de l'altéplase (Activase rt-PA) dans l'AVC Fiole diluée donne 1 mg/mL total 100 mL					
Bolus 10% de la dose totale en 1 minute				Perfusion 90% de la dose totale en 60 minutes	
Poids (kg)	Dose totale (mg)	Dose bolus (mg)	Débit bolus (mL/h)	Dose perfusion (mg)	Débit perfusion (mL/h)
41-42	37	4	240	33	33
43-44	39	4	240	35	35
45-46	41	4	240	37	37
47-48	43	4	240	39	39
49-50	45	4	240	41	41
51-52	46	5	300	41	41
53-54	48	5	300	43	43
55-56	50	5	300	45	45
57-58	52	5	300	47	47
59-60	54	5	300	49	49
61-62	55	6	360	49	49
63-64	57	6	360	51	51
65-66	59	6	360	53	53
67-68	61	6	360	55	55
69-70	63	6	360	57	57
71-72	64	6	360	58	58
73-74	66	7	420	59	59
75-76	68	7	420	61	61
77-78	70	7	420	63	63
79-80	72	7	420	65	65
81-82	73	7	420	66	66
83-84	75	8	480	67	67
85-86	77	8	480	69	69
87-88	79	8	480	71	71
89-90	81	8	480	73	73
91-92	82	8	480	74	74
93-94	84	8	480	76	76
95-96	86	9	540	77	77
97-98	**88**	**9**	**540**	**79 ***	**79**
99-100	**90**	**9**	**540**	**81 ***	**81**
Plus de 100	**90**	**9**	**540**	**81 ***	**81**

Arrondir le poids au Kg près

*** ATTENTION : une fois l'administration de la dose terminée, un rinçage de la tubulure est requis avec 50 mL de NaCl 0,9% (au même débit) en raison du volume résiduel dans la tubulure.**

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

AIDE-MÉMOIRE CLINIQUE
Reconstitution et administration de l'altéplase (Activase – rT-PA) – AVC

Matériel



- 1 fiole de 100 mg d'altéplase (dans la boîte d'Activase)
- 1 fiole de 100 mL d'eau stérile pour injection (dans la boîte d'Activase)
- 1 dispositif de transfert (dans la boîte d'Activase)
- 1 seringue de 30 mL
- 3 tampons alcoolisés
- 2 aiguilles 20 G
- 1 tubulure à pompe

Procédure



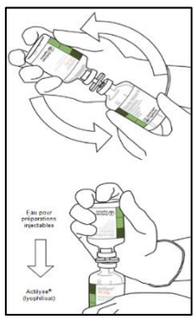
1. Retirer les capuchons protecteurs des 2 fioles et désinfecter les bouchons en caoutchouc à l'aide de tampons alcoolisés.



2. En tenant la fiole d'eau stérile À L'ENDROIT à la verticale, insérer le dispositif de transfert dans celle-ci en perçant au milieu du bouchon en caoutchouc.
   NE PAS RETOURNER LA FIOLE D'EAU STÉRILE



3. Tenir la fiole d'altéplase À L'ENVERS au-dessus du dispositif de transfert, puis **insérer la canule au milieu du bouchon en caoutchouc**.



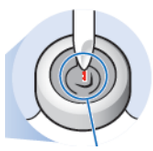
4. Retourner ensemble les 2 fioles de manière à ce que l'eau stérile puisse remplir complètement la fiole contenant l'altéplase. Retirer la fiole vide et le dispositif de transfert lorsque la totalité d'eau s'est écoulée.



5. **Mélanger DÉLICATEMENT** en évitant de secouer afin d'éviter l'apparition de bulles. En cas de formation de bulles, laisser la solution reposer quelques minutes.

6. Inspecter la solution; elle doit être claire et incolore ou jaune pâle et ne doit pas contenir de particules.

7. La dose totale (0,9 mg/kg) à administrer sera calculée par le médecin. **Elle ne doit pas excéder 90 mg**. Celle-ci inclut le bolus et la dose à perfuser. La concentration finale de la solution sera de 1 mg/mL.





8. Désinfecter à nouveau le bouchon en caoutchouc de la fiole d'alteplase. Insérer la canule de l'ensemble de perfusion IV dans le centre déjà percé du bouchon de la fiole d'altéplase. Accrocher la fiole sur un poteau à perfusion.

9. **Bolus :** Programmer la pompe volumétrique afin d'administrer seulement **10% de la dose totale calculée en 1 minute (Bolus).**

10. Programmer la pompe volumétrique afin d'administrer le **reste de la dose totale (90%) en 60 minutes. Pour les doses supérieures à 86 mg, rincer avec 50 mL de NaCl 0,9% (au même débit).**

11. À la fin de la perfusion, retirer la tubulure et la jeter.

** Aucune autre médication ne devrait être ajoutée à l'altéplase ni dans le même flacon ni dans la même tubulure (incluant l'héparine).*
*Procéder à la DVI à chaque nouvelle étape de préparation/administration **

Références : *Guide d'administration intraveineuse des médicaments critiques*, 10e édition. Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval, 2019.			
Direction émettrice	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Entrée en vigueur :	2020-11-23
AMC-DSIEU-6071 (2020-11)		Révision :	2022-05-05

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

AIDE-MÉMOIRE CLINIQUE
Reconstitution et administration de la Tenecteplase (TNKase)

MATÉRIEL

- 1 fiole de tenecteplase (TNKase) 50 mg (incluse dans la boîte de tenecteplase)
- 1 fiole de 10 mL d'eau stérile pour injection (incluse dans la boîte de tenecteplase)
- 1 seringue de 10 mL
- 1 aiguilles 20G
- 3 tampons alcoolisés



PROCÉDURE

- Retirer les capuchons protecteurs des 2 fioles et désinfecter les bouchons en caoutchouc à l'aide de tampons alcoolisés.
- Prélever 10 mL d'eau stérile pour injection.
- Injecter lentement le 10 mL d'eau stérile dans la fiole de tenecteplase 50 mg pour dissoudre la poudre (concentration finale 5 mg/mL).
- **Mélanger DÉLICATEMENT** en évitant de secouer afin d'éviter l'apparition de bulles. En cas de formation de bulles, laisser reposer quelques minutes.
- Retirer le volume correspondant à la dose de l'usager de la fiole reconstituée (maximum 25 mg)
- Effectuer une double vérification indépendante de la dose avant l'administration.
- Rincer la tubulure avec NaCl 0,9% avant l'administration de tenecteplase. NE PAS utiliser de solution contenant du dextrose
- Administrer la dose IV en 5 secondes.
- Rincer la tubulure avec NaCl 0,9%

ALERTE

La portion reconstituée inutilisée doit être jetée

Ne pas administrer d'antiplaquettaire, d'anticoagulant, d'AINS ou d'antithrombotique durant le prochain 24h

Références : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval. (2022). *Guide d'administration intraveineuse des médicaments critiques,* 13e édition
Centre universitaire de santé McGill. (2023) *PROGRAMME CÉRÉBROVASCULAIRE CUSM Protocole de thrombolyse Tenecteplase AVC Ischémiques Aigus DM-6659.* REV 2023/06/08

Direction émettrice :	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Entrée en vigueur :	2023-07-28
AMC-DSIEU-6149 (Rév. 2025-02)		Révision :	2025-02-20