

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

MIGRAINE

URGENCE OBSERVATION UHB ZER

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

CRITÈRES D'INITIATION

- ☐ Histoire typique de migraine
- ☐ Stabilité hémodynamique

CRITÈRES D'EXCLUSION

- ☐ Céphalée d'étiologie indéterminée
- ☐ Hyperthermie

DIRECTIVES

- ☐ Remplir l'attestation d'absence
- ☐ Remplir les ordonnances de départ
- ☐ Remplir la feuille sommaire

PRESCRIPTIONS INITIALES

- Demander le profil pharmaceutique à la pharmacie communautaire / DSQ
- Signes vitaux : ☐ q 4 h ☐ QID ☐ TID ☐ Autre : _____
- Signes neurologiques : ☐ q 4 h ☐ QID ☐ TID ☐ Autre : _____
- Installer l'usager dans un coin sombre et silencieux, dans la mesure du possible
- Diète liquide, puis diète légère si liquide tolérée
- Si usager diabétique, glycémie capillaire QID

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

_____ Soluté : Bolus de NaCl 0,9% ☐ 500 mL ☐ 1 L Autre : _____

Initiales

_____ Soluté d'entretien : _____ à _____ mL/h

Initiales

_____ Acétaminophène ☐ 650 mg ☐ 1000 mg ☐ PO ☐ IR ☐ QID régulier ☐ q 4-6 h PRN si douleur ou fièvre

Initiales

_____ Naproxène* 500 mg PO BID

Initiales

OU

_____ Indométacine* 100 mg IR BID si naproxène PO impossible ou si présence de nausées et vomissements

Initiales

OU

_____ Ketorolac* ☐ 10 mg ☐ 15 mg ☐ 30 mg ☐ IM ☐ IV q 4-6 h PRN

Initiales

*** ATTENTION chez usagers à risque (maladie cardiovasculaire ou insuffisance rénale) ajuster la dose en conséquence**

_____ Sumatriptan** 6 mg SC, répétable x 1 dose après 1 heure PRN (dose maximale = 12 mg/jour)

Initiales

**** L'utilisation d'agonistes sélectifs des récepteurs de la sérotonine (triptan) ou de la DHE est contre-indiquée en cas de maladie cardiovasculaire, de grossesse, de migraine basilaire, d'angine de poitrine et d'antécédent d'AVC ischémique. Il ne faut pas administrer la DHE si l'usager a pris un triptan (almotriptan, eletriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan, zolmitriptan) dans les dernières 24 heures.**

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**MIGRAINE
URGENCE OBSERVATION UHB ZER
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

_____ Pantoprazole 40 mg PO DIE
Initiales _____

_____ Dexaméthasone 10 mg IV x 1 dose
Initiales _____

_____ Métoclopramide 10 mg IV x 1 dose maintenant, puis répéter _____
Initiales _____

Si céphalée persiste après métoclopramide :

_____ Dihydroergotamine(DHE)** 1 mg IV x 1 **combiné avec** métoclopramide 10 mg IV x 1
Initiales _____

*** L'utilisation d'agonistes sélectifs des récepteurs de la sérotonine (triptan) ou de la DHE est contre-indiquée en cas de maladie cardiovasculaire, de grossesse, de migraine basilaire, d'angine de poitrine et d'antécédent d'AVC ischémique. Il ne faut pas administrer la DHE si l'usager a pris un triptan (almotriptan, eletriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan, zolmitriptan) dans les dernières 24 heures.*

_____ DiphenhydRAMINE 25 mg IV x 1 dose, si 2 doses de métoclopramide administrées ou spasmes musculaires
Initiales _____

Autre : _____

FAIRE REVOIR PAR LE MÉDECIN EN TOUT TEMPS SI

- Aggravation des symptômes ou si apparition de symptômes neurologiques
- Présence d'effets secondaires notables des médicaments
- Usager ne rencontre pas les critères de congé après 6 heures d'observation

→ Faire revoir usager par le médecin minimalement q 24 h

CRITÈRES DE CONGÉ

- ☐ Faire revoir par le médecin pour l'obtention du congé
- Signes vitaux stables
- Signes neurologiques normaux
- Liquides PO tolérés
- Usager se sent mieux et est d'accord pour quitter

AU CONGÉ DE L'USAGER

- Remettre les ordonnances de départ et vérifier les coordonnées de l'usager
- Remettre quelques doses de médicaments (selon prescription de départ), si congé hors des heures d'ouverture des pharmacies communautaires
- Remettre et lire la feuille de conseils avec l'usager et lui donner des explications au besoin

Autre : _____

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