

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

PYELONEPHRITE NON COMPLIQUEE
TRAITEMENT EMPIRIQUE
URGENCE OBSERVATION UHB ZER

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

CRITÈRES D'INITIATION :

- Pyélonéphrite non compliquée confirmée avec analyse d'urine positive
- Atteinte de l'état général empêchant l'usager de recevoir une antibiothérapie PO
- Usager à risque de complications (*usager de 75 ans et plus, insuffisance rénale, diabète, etc.*)

CRITÈRES D'EXCLUSION :

- Nécessité d'une hospitalisation pour une autre condition
- Instabilité hémodynamique, femme enceinte, diabète mal contrôlé, porteur d'un BGN MR (moins de 6 mois)
- Immunosuppression
- Obstruction des voies urinaires, anomalie anatomique ou fonctionnelle de l'appareil urinaire
- Maladie rénale existante (insuffisance rénale chronique sévère ou terminale, greffe rénale, dialysé)
- Manipulations urologiques récentes (moins de 4 semaines), double J, néphrostomie, sonde urinaire à demeure, rétention urinaire

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 : _____
- Si usager diabétique : glycémie capillaire QID
- Évaluation la douleur
- Diète : ☐ Régulière ☐ Contrôlée en glucides ☐ Hyposodée (2,3 g) ☐ Autre : _____
- Mobilisation selon tolérance

ANALYSES DE LABORATOIRE

- ☐ FSC DIE ☐ Électrolytes (Na⁺; K⁺; Cl⁻), créatinine, urée, glucose, protéine C réactive (CRP) et gaz veineux DIE
- ☐ Si histoire de frissons, diaphorèse ou température supérieure à 38,5°C ou _____° : Hémoculture x 2 et aviser le médecin
- Dosages de gentamicine et/ou vancomycine selon pharmacie

Autre : _____

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES¹

→ fragile = échelle de fragilité de 4 et plus (voir [AMC-DSIEU-6167](#))

☐ Lactate Ringer ou ☐ NaCl 0,9% Autre _____ Débit : _____ mL/h ☐ Cathéter court salin

Initiales _____

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

Initiales _____

Ondansétron ☐ 4 mg ☐ 8 mg ☐ PO ☐ IV q 8 h ☐ régulier ☐ PRN si nausées ou vomissements

Initiales _____

Métoclopramide ☐ 5 mg ☐ 10 mg ☐ PO ☐ IV q 4-6 h ☐ régulier ☐ PRN si nausées ou vomissements

Initiales _____

DimenhyDRINATE ☐ 25 mg ☐ 50 mg ☐ PO ☐ IV q 4-6 h ☐ régulier ☐ PRN si nausées ou vomissements

Initiales _____

Éviter dimenhyDRINATE et métoclopramide, utiliser ondansétron seul si usager de 75 ans et plus ET/OU fragile¹

Date et heure (aaaa/mm/jj) _____ Signature du prescripteur _____ # permis _____

☐ Envoyé par _____ (init.) _____ Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**PYELONEPHRITE NON COMPLIQUEE
TRAITEMENT EMPIRIQUE
URGENCE OBSERVATION UHB ZER
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Analgésie : Remplir l'[OIP-993 Analgésie opiacés - Urgence](#)
Insulinothérapie : Remplir l'[OIP-629 Insuline sous-cutanée selon échelle glycémiq](#)
Thromboprophylaxie : Remplir l'[OIP-714 Thromboprophylaxie](#)

Antibiothérapie parentérale initiale

Traitement de 1^{er} choix

(en externe, si gentamicine non remboursée, substituer par tobramycine afin d'assurer la couverture d'assurances)

_____ Ceftriaxone 2 g IV q 24 h (privilégier si insuffisance rénale)

Initiales **OU**

_____ Gentamicine* _____ mg

Initiales

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ 5 mg/kg IV q 24 h | Clcr supérieure ou égale à 80 mL/min |
| ☐ 4 mg/kg IV q 24 h | Clcr de 60 à 79 mL/min |
| ☐ 3,5 mg/kg IV q 24 h | Clcr de 40 à 59 mL/min |
| ☐ 2,5 mg/kg IV q 24 h | Clcr de 30 à 39 mL/min |
| ☐ 1,7 mg/kg IV q 24 h | Clcr de 10 à 29 mL/min |

Clairance inférieure à 10 mL/min considérer traitement alternatif

*Attention : utiliser le poids RÉEL sauf si IMC supérieur à 30, utiliser le **poids de dosage** (poids de dosage : 0,4 (poids réel – poids idéal) + poids idéal)

Homme : poids idéal (kg) = 50 + [0,9 x (taille (cm) – 152)]

Femme : poids idéal (kg) = 45,5 + [0,9 x (taille (cm) – 152)]

Calculateur gratuit disponible en ligne : www.globalrph.com/ibw_calc.htm

Traitement alternatif (si allergie, contre-indication)

Traitement de 1^{er} choix si entérobactérie ESBL identifiée dans les urines précédentes

_____ Ertapénem

Initiales

- | | |
|---|---|
| ☐ 1 g IV q 24 h | Clairance supérieure ou égale à 30 mL/min |
| ☐ 500 mg IV q 24 h | Clairance inférieure à 30 mL/min |

Traitement de 1^{er} choix si suspicion d'entérocoque (urine positive pour entérocoque dans les 6 derniers mois)

ATTENTION : gentamicine ET (ampicilline ou vancomycine)

_____ Gentamicine* _____ mg

Initiales

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ 5 mg/kg IV q 24 h | Clcr supérieure ou égale à 80 mL/min |
| ☐ 4 mg/kg IV q 24 h | Clcr de 60 à 79 mL/min |
| ☐ 3,5 mg/kg IV q 24 h | Clcr de 40 à 59 mL/min |
| ☐ 2,5 mg/kg IV q 24 h | Clcr de 30 à 39 mL/min |
| ☐ 1,7 mg/kg IV q 24 h | Clcr de 10 à 29 mL/min |

Clairance inférieure à 10 mL/min considérer traitement alternatif

ET

_____ Ampicilline

Initiales

(si entérocoque sensible à ampicilline)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ 1 g IV q 6 h | Clcr supérieure ou égale à 50 mL/min |
| ☐ 1 g IV q 8 h | Clcr de 10 à 49 mL/min |
| ☐ 1 g IV q 12 h | Clcr inférieure à 10 mL/min |

OU

_____ Vancomycine _____ mg

Initiales

(si entérocoque résistant à ampicilline)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ 15 mg/kg IV q 12 h | Clcr supérieure ou égale à 60 mL/min |
| ☐ 15 mg/kg IV q 24 h | Clcr de 30 à 59 mL/min |
| ☐ 15 mg/kg IV q 48 h | Clcr de 10 à 29 mL/min |
| ☐ 15 mg/kg IV x 1 dose | Clcr inférieure à 10 mL/min |

Attention : Utiliser le poids réel. Arrondir la dose aux 250 mg près puis ajuster selon dosages

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

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM

Nom de la mère : _____

Page 3 de 3
Dossier médical

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

**PYELONEPHRITE NON COMPLIQUEE
TRAITEMENT EMPIRIQUE
URGENCE OBSERVATION UHB ZER
REEVALUATION MEDICALE ET CONDUITE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

RÉÉVALUATION ET SUIVI MÉDICAL

- Vérifier avec le laboratoire si résultats de culture préliminaire ou antibiogramme disponible

☐ Congé : l'usager peut avoir congé dès maintenant ou _____

☐ Revoir post : _____

☐ Hospitalisation : _____

☐ UHB

ANALYSES DE LABORATOIRE DE CONTRÔLE

☐ _____

EXAMENS DIAGNOSTIQUES DE CONTRÔLE

☐ _____

CONSULTATION

☐ _____

AUTRE

CRITÈRES DE CONGÉ :

- ☐ Faire revoir par le médecin pour l'obtention du congé

- Signes vitaux stables
- Diète PO tolérée et absence de vomissements
- Douleur adéquatement soulagée avec analgésie PO, douleur inférieure ou égale à 4/10
- Glycémie capillaire se situe entre 5 et 20 mmol/L
- Usager se sent mieux et est d'accord pour quitter

Analyses de laboratoire :

☐ Créatinine inférieure à : _____ mcmol/L ☐ GB inférieurs à : _____ x 10⁹/L

Autre : _____

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
- Au besoin, organiser antibiothérapie IV ambulatoire telle que prescrite avec l'infirmière de liaison et orienter l'usager

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : (init. inf.)