

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

REACTION ALLERGIQUE URGENCE OBSERVATION UHB ZER

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

CRITÈRES D'INITIATION :

- Réaction allergique objectivée qui nécessite une surveillance clinique
- Stabilité hémodynamique

CRITÈRES D'EXCLUSION :

- Œdème de la langue et du palais mou non résolu
- Dyspnée sévère

DIRECTIVES :

- Remplir l'attestation d'absence
- Remplir les ordonnances de départ **et** la consultation externe d'allergologue PRN
- Remplir la feuille sommaire

ALLERGÈNE IDENTIFIÉ : ☐ OUI ☐ NON Préciser : _____

PRESCRIPTIONS INITIALES

- Demander le profil pharmaceutique à la pharmacie communautaire / DSQ
- Installer cathéter court salin
- Signes vitaux : ☐ q 4 h ☐ QID ☐ TID Autre : _____
- Oxygène pour saturation supérieure ou égale à 92 %
- Diète légère, puis selon tolérance
- Si usager diabétique, glycémie capillaire QID
- ☐ ECG q _____ h x _____
- ☐ Saturométrie en permanence
- ☐ Consultation en inhalothérapie

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

_____ DiphenydrAMINE 50 mg q 6 h ☐ PO ☐ IM ☐ IV

Initiales

_____ Méthylprednisone 40 mg IV q 8 h

Initiales

_____ Famotidine 20 mg IV q 12 h

Initiales

_____ Épinéphrine 1 mg/mL (1:1000) ☐ 0,3 mg **OU** ☐ 0,5 mg **OU** _____ mg IM x 1 PRN et aviser le médecin

Initiales

Autre : _____

FAIRE REVOIR L'USAGER PAR LE MÉDECIN EN TOUT TEMPS SI :

- Aggravation des symptômes
- Usager ne rencontre pas les critères de congé
- Instabilité hémodynamique

→ FAIRE REVOIR L'USAGER PAR LE MÉDECIN MINIMALEMENT Q 24 H

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**REACTION ALLERGIQUE
URGENCE OBSERVATION UHB ZER
(SUITE)**

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

CRITÈRES DE CONGÉ :

- ☐ **Faire revoir par le médecin pour l'obtention du congé**
- ☐ Après 4 heures d'observation
- ☐ Après 8 heures d'observation
 - Si absence de dyspnée, aucun besoin d'oxygène
 - Si absence d'œdème de la bouche, du palais mou, des lèvres ou du visage
 - Si diminution significative de l'urticaire

AU CONGÉ DE L'USAGER

- ☐ Remettre la consultation externe d'allergologue
- Remettre les ordonnances de départ et vérifier les coordonnées de l'utilisateur
- Si allergie médicamenteuse présumée, ajouter ce médicament dans les allergies de l'utilisateur et aviser la pharmacie communautaire
- Remettre quelques doses de médicaments (*prescription de départ*), si le congé est en dehors des heures d'ouverture des pharmacies communautaires
- Remettre et lire la feuille de conseils avec l'utilisateur 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.)



APPENDIX

ALLERGIC REACTION

You were treated for an allergic reaction by the Emergency doctor. An allergic reaction is an inappropriate response by your immune system to a normally harmless substance. In most cases, the cause is unknown. In others, it is due to _____. If you know what caused your allergic reaction, you need to stay away from it. If it was caused by a medication, you need to notify your pharmacist and your family doctor.

Allergic reactions can vary over time. You may experience hives and persistent itching for 5-10 days. The hives can appear and disappear on different parts of your body; they are not contagious and won't leave any marks.

You may have been prescribed medication for your symptoms. Some prescription medications, such as diphenhydramine (Benadryl®), cause drowsiness; avoid driving if you take them. Other antihistamines such as cetirizine (Reactin®), loratadine (Claritin®) or fexofenadine (Allegra®) do not cause drowsiness.

Make sure to discuss the signs of anaphylaxis with your doctor. You may have been prescribed an epinephrine auto-injector (**Epipen®, Allerject®, etc.**). You need to use it right away if you feel your tongue or throat swelling, if you have difficulty breathing OR if you experience two or more of the following symptoms:

- **Cutaneous (skin):** hives, swelling (face, lips, tongue), itching, feeling of heat, redness
- **Respiratory (breathing):** coughing, wheezing, shortness of breath, chest pain/tightness, throat tightness, hoarse voice, nasal congestion, hay fever-type symptoms (runny/itchy nose, watery eyes, sneezing), difficulty swallowing
- **Gastrointestinal (stomach):** nausea, pain/cramps, vomiting, diarrhea
- **Cardiovascular (heart):** unusually pale or bluish skin, weak pulse, loss of consciousness, dizziness or vertigo, shock
- **Other symptoms:** anxiety, feeling of "impending doom," headache, uterine cramps, metallic taste in your mouth
- **A drop in blood pressure** without any other symptoms may also indicate anaphylaxis.
- It is important to know that anaphylaxis can occur without hives being present.

If you had to use your auto-injector, call 911 immediately or have someone drive you to the nearest Emergency department right away.