

Installation : _____

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

CHORIOAMNIONITE SOUPÇONNÉE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

CRITÈRES D'INITIATION

Présence de fièvre, sans autre foyer infectieux identifié

- Température buccale supérieure ou égale à 39°C
OU
 - Température buccale supérieure ou égale à 38°C (à 2 reprises à 30 minutes d'intervalle)
OU
 - Température rectale supérieure ou égale à 38,5°C (à 2 reprises à 30 minutes d'intervalle)
ET
 - Au moins **UN** des critères suivants :
 - Tachycardie fœtale (fréquence cardiaque fœtale à plus de 160 bpm pendant 10 minutes et plus);
 - Leucocytose maternelle (globules blanc plus de $15 \times 10^9/L$);
 - Liquide amniotique purulent et/ou d'odeur nauséabonde
- ☐ Consultation en microbiologie (compléter la consultation médicale)

SOINS ET SURVEILLANCE

- Monitoring fœtal électronique (MFÉ) en continu
- Installer un cathéter intraveineux #18 (si pas d'accès veineux en place)
- Contrôler les signes vitaux (TA, FC, FR, température) q 1 h jusqu'à l'accouchement

LABORATOIRES ET ANALYSES

- Hémocultures X 2 STAT (à deux sites différents)
- Créatinine sérique X 1 STAT (si aucune valeur au dossier pour la grossesse actuelle)
- CRP, FSC et culture d'urine par cathétérisme x 1 STAT
- Dosage, pharmacocinétique et ajustement de la gentamicine et de la vancomycine par la pharmacie
- Autre : _____

SOLUTÉS

_____ NaCl 0,9% 500 mL IV bolus STAT x 1

Initiales

_____ NaCl 0,9% IV à _____ mL/h

Initiales

Autre : _____

MÉDICAMENTS

_____ Acétaminophène 1 g ☐ PO ☐ IR STAT puis q 6 h PRN si fièvre

Initiales

Absence d'allergie aux antibiotiques

_____ Ampicilline 2 g IV q 6 h

ET

Initiales Gentamicine dose de charge 2 mg/kg de poids réel = _____ mg puis 1,7 mg/kg de poids réel = _____ mg IV q 8 h

Si allergie aux molécules ci-haut voir page 2

N.B. En cas d'antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines, consulter l'outil d'aide à la décision de l'INESSS

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

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

CHORIOAMNIONITE SOUPÇONNÉE (SUITE)

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

Allergie non sévère aux bêta lactamines

Céfazoline 2 g IV q 8 h

ET

Initiales _____ Gentamicine dose de charge 2 mg/kg de poids réel = _____ mg puis 1,7 mg/kg de poids réel = _____ mg IV q 8 h

Allergie sévère aux bêta lactamines ET SGB positif sensible à la clindamycine

Clindamycine 900 mg IV q 8 h

ET

Initiales _____ Gentamicine dose de charge 2 mg/kg de poids réel = _____ mg puis 1,7 mg/kg de poids réel = _____ mg IV q 8 h

Allergie sévère aux bêta lactamines ET non connue porteuse du SGB ou SGB positif résistant ou de sensibilité inconnue à la clindamycine

Vancomycine dose de charge 20 mg/kg de poids réel (max 3000 mg) = _____ mg puis 15 mg/kg de poids réel (max 2000 mg) = _____ mg IV q 12 h (arrondir aux 250 mg près)

ET

Initiales _____ Gentamicine dose de charge 2 mg/kg de poids réel = _____ mg puis 1,7 mg/kg de poids réel = _____ mg IV q 8 h

ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE POUR LA CÉSARIENNE

Pour les usagères qui sont sous traitement pour une chorioamnionite soupçonnée avec les antibiotiques ci-hauts et qui auront une césarienne, ajouter une dose de céfazoline OU de clindamycine SAUF si usagère a déjà reçu une dose d'un ou l'autre de ces antibiotiques dans la dernière heure.

Céfazoline 2 g IV x 1

Initiales _____

OU

Clindamycine 900 mg IV x 1

Initiales _____

POST-PARTUM

SOINS ET SURVEILLANCE

Contrôler la température buccale q 1 h jusqu'à apyrétique et suivre OC-6039 Initier les soins et surveillance en postpartum.

MÉDICAMENTS

Cesser les antibiotiques suivants : _____

Initiales _____

Administer **une dose** des antibiotiques suivants : _____ en post-partum puis cesser

Initiales _____

Poursuivre les antibiotiques suivants : _____ pour **24 heures** puis cesser

Initiales _____

Autre : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)