

Installation : _____

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

CLEVIDIPINE PERFUSION INTRAVEINEUSE URGENCE ET SOINS INTENSIFS

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Médicament à usage restreint. **L'utilisation de cette ordonnance est obligatoire pour en justifier l'usage.**

INDICATION

Contrôle de l'hypertension lors d'urgence hypertensive d'origine cérébrovasculaire pour prévenir une détérioration d'ordre hémorragique ou pour diminuer le risque d'œdème et d'hypertension intracrânienne et ainsi améliorer le pronostic neurologique. Ce traitement alternatif est réservé à la population ne pouvant recevoir ou ne répondant pas au traitement standard.

CONDITIONS DÉTERMINANT LE CHOIX DE LA CLÉVIDIPINE AU TRAITEMENT STANDARD

Veuillez cocher la ou les cases qui s'appliquent :

- ☐ Bradycardie
- ☐ Bloc AV
- ☐ Cardiomyopathie ou cardiomyodépression
- ☐ MPOC / asthme
- ☐ Non réponse à une dose optimale de labétalol IV (bolus et perfusion à 2 mg/min)

ATTENTION s'assurer de l'absence d'allergie aux œufs, soja ou pancréatite aiguë sur hypertriglycémie

Clévidipine 0,5 mg/mL, émulsion lipidique en fiole de 50 mL ou 100 mL TAS visée : _____ mmHg

Initiales

Aucun bolus initial

Débuter la perfusion continue : 1 à 2 mg/h (2 à 4 mL/h)

Puis doubler la dose à intervalles de 90 secondes jusqu'à ce que la TA cible soit sur le point d'être atteinte puis titrer le débit plus progressivement et aux 5 à 10 minutes.

L'arrêt peut se faire graduellement ou non (selon ordonnance médicale)

Débit maximum : 21 mg/h (42 mL/h)

Considérer un dosage des triglycérides si usage pour plus de 24 heures.

Chaque augmentation de 1 à 2 mg/h peut produire une diminution additionnelle de la TAS de 2 à 4 mmHg.

Chez la plupart des usagers, la réponse thérapeutique voulue se produit à des doses de 4 à 6 mg/h.

SURVEILLANCE CLINIQUE

Aviser si TAS inférieure à _____ mmHg

Aviser si FC supérieure à _____ bpm

Clévidipine 0,5 mg/mL, fiole de 50 mL et 100 mL

Utiliser la fiole prête à l'emploi

Dose (mg/h)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Débit (mL/h)	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42

Changer la fiole 12 heures après l'installation et jeter la portion restante.

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)