

Protocole d'induction de tolérance intraveineuse : ceftriaxone (équivalent Rocéphine®) (Administration seulement après avis allergologique)

<i>Etiquette patient</i>	<p>Médecin prescripteur : GSM :</p> <p>Signature prescripteur :</p> <p>Médecin de l'unité : GSM :</p> <p>Signature médecin unité :</p> <hr/> <p>Poids du patient :</p> <p>Allergies :</p> <p>Date/jour d'administration :</p> <p>Durée : 4 h</p> <p>Lieu :</p>
--------------------------	---

A commander : Ceftriaxone fiol sec 2g

article : 427230



Tout protocole doit être exécuté sous monitoring et suite à un avis allergologique

1. Prémédication

- Prémédication pour ce protocole : selon avis allergologique.

2. Préparation et surveillance du patient

- Réaction anaphylactique possible :
- Le chariot de réanimation doit être à disposition en cas de complication.
 - Médicaments à avoir sur place : adrénaline, antihistaminique, corticoïde.
 - Appeler la pharmacie : vérifier la disponibilité de Cinryze kit 500 UI (1 x 2) (article : 489747).
- Contrôler l'identité du patient. Informer le patient de la thérapeutique.
- Mise en place d'un CVP, si possible de gros calibre. **Si voie déjà en place, vérifier la perméabilité.**
- Monitoring :
- **Noter les signes vitaux avant la première perfusion et avant chaque étape d'augmentation de dose :** fréquence cardiaque, tension artérielle, fréquence respiratoire, peak flow, température (en cas de réaction).
 - **Avertir le médecin de l'unité dès les signes précoces :**

Intolérance à la ceftriaxone	Chute de 15 mmHg de la TA, douleurs de diverses localisations, nausées, céphalées, état fébrile aigu, peak flow (diminution <20% par rapport à la valeur de base).	<ul style="list-style-type: none"> • ☹️ Stop la perfusion • ☹️ <u>Prévenir le médecin de l'unité</u>
Anaphylaxie	Tachycardie, chute de tension, urticaire, difficultés respiratoires.	

- **La reprise de la perfusion doit être discutée avec le médecin.**

3. Mode opératoire : préparation des dilutions

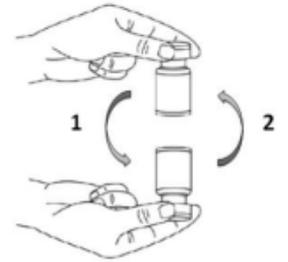
Préparer l'ensemble des dilutions à la suite et juste avant de débiter le protocole

☐ Pour chaque flex :

- Mélanger la poche en la retournant 10 fois, par un mouvement d'inversion verticale, sans agiter, pour obtenir une solution homogène.
- Imprimer un jeu d'étiquettes sur une planche Diogène A4 (en imprimant, sélectionner « Mise à l'échelle : Aucune ») : étiquettes disponibles à la fin de ce document.

Coller l'étiquette correspondante sur la poche.

- Mettre une tubulure par flex et la purger. Ne pas ajouter de rallonge supplémentaire (volume limité dans chaque flex).



☐ Solution 4 :

Visa infirmier :

- Reconstituer le flacon de Ceftriaxone 2 g avec 10 mL d'H₂O ppi et ajouter cette solution dans un flex de 100 mL de NaCl 0.9%. Homogénéiser en retournant 10 fois.
- **Étiqueter « solution 4 ».**
- Concentration : **20 mg/mL**, facteur de dilution : 1/1.
- Stabilité : 24 heures.

☐ Solution 3 :

Visa infirmier :

- Prélever 10 mL de la **solution 4** et ajouter dans un flex de 100 mL de NaCl 0.9%. Homogénéiser en retournant 10 fois.
- **Étiqueter « solution 3 ».**
- Concentration : **2 mg/mL**, facteur de dilution : 1/10.
- Stabilité : 24 heures.

☐ Solution 2 :

Visa infirmier :

- Prélever 10 mL de la **solution 3** et ajouter dans un flex de 100 mL de NaCl 0.9%. Homogénéiser en retournant 10 fois.
- **Étiqueter « solution 2 ».**
- Concentration : **0.2 mg/mL**, facteur de dilution : 1/100.
- Pas de données de stabilité (utiliser dans les 2 heures).

☐ Solution 1 :

Visa infirmier :

- Prélever 10 mL de la **solution 2** et ajouter dans un flex de 100 mL de NaCl 0.9%. Homogénéiser en retournant 10 fois.
- **Étiqueter « solution 1 ».**
- Concentration : **0.02 mg/mL**, facteur de dilution : 1/1'000.
- Pas de données de stabilité (utiliser dans les 2 heures).

4. Protocole d'induction de tolérance (déterminé avec l'Unité d'allergologie)

Réalisation du protocole d'induction de tolérance en perfusion continue comme suit :

- Heure du début du protocole :
- Heure de fin du protocole :
- Durée de CHAQUE étape : **15 minutes**
- Jeter le solde de solution non administrée lors du passage au flex suivant (volume restant parfois élevé, mais quantité de médicament négligeable, du fait des faibles concentrations).

Etape	Concentration (mg/mL)	Vitesse (mL/h)	Dose arrondie (mg)	Dose cumulée arrondie (mg)	Début Heure : min	Réaction (oui/non)	VISA Infirmier
SOLUTION 1 : étapes de 15 min							
1	0.02	6	0.03	0.03			
2	0.02	12	0.06	0.1			
3	0.02	25	0.12	0.2			
4	0.02	50	0.25	0.5			
SOLUTION 2 : étapes de 15 min							
5	0.2	10	0.5	1			
6	0.2	20	1	2			
7	0.2	40	2	4			
8	0.2	80	4	8			
SOLUTION 3 : étapes de 15 min							
9	2	15	8	15			
10	2	30	15	30			
11	2	60	30	60			
12	2	120	60	120			
SOLUTION 4 : étapes de 15 min							
13	20	25	125	250			
14	20	50	250	500			
15	20	100	500	1000			
16	20	200	1000	2000*			

* Dose cumulée à adapter au besoin à la fonction rénale ou hépatique

5. Fin de l'induction de tolérance

- Surveillance pendant : minimum 1 h (ou selon avis allergologique).
- Si le protocole a été bien toléré, le traitement prévu peut être initié.**
- Lieu : soins continus (ou équivalent).
- Toute autre induction de tolérance doit être effectuée au minimum 4h après la fin de ce protocole.

Relevé du protocole, signature(s) infirmière(s) : /

Hôpitaux Universitaires de Genève
Induction de tolérance

CEFTRIAZONE IV
20 mg/mL (dilution 1/1)

SOLUTION 4

Préparé le : ____ . ____ . ____ à ____ : ____

Expiration : ____ . ____ . ____ à ____ : ____

Visa infirmier : **Stable 24h**

Hôpitaux Universitaires de Genève
Induction de tolérance

CEFTRIAZONE IV
2 mg/mL (dilution 1/10)

SOLUTION 3

Préparé le : ____ . ____ . ____ à ____ : ____

Expiration : ____ . ____ . ____ à ____ : ____

Visa infirmier : **Stable 24h**

Hôpitaux Universitaires de Genève
Induction de tolérance

CEFTRIAZONE IV
0.2 mg/mL (dilution 1/100)

SOLUTION 2

Préparé le : ____ . ____ . ____ à ____ : ____

Expiration : **utiliser de suite**

Visa infirmier :

Hôpitaux Universitaires de Genève
Induction de tolérance

CEFTRIAZONE IV
0.02 mg/mL (dilution 1/1'000)

SOLUTION 1

Préparé le : ____ . ____ . ____ à ____ : ____

Expiration : **utiliser de suite**

Visa infirmier :