

Protocole d'induction de tolérance intraveineuse : imipénème-cilastatine (équivalent Tienam®) (Administration seulement après avis allergologique)

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

A commander : Imipenem-Cilastatin fiol sec 500mg/500mg

article : 420006



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 précoce**s :

Intolérance à l'imipénème	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.	

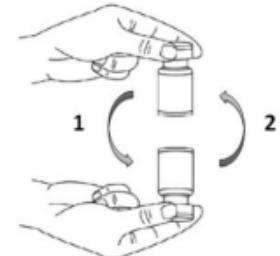
- **La reprise de la perfusion doit être discutée avec le médecin.**

3. Mode opératoire : préparation des dilutions

Préparer l'ensemble des dilutions à la suite et juste avant de débuter 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 d'Imipénème-Cilastatine 500/500 mg avec 20 mL NaCl 0.9% et ajouter cette solution dans un flex de 100 mL de NaCl 0.9%. Homogénéiser en retournant 10 fois.
- **Étiqueter « solution 4 ».**
- Concentration : **5 mg/mL**, facteur de dilution : 1/1.
- Stabilité : 4 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 : **0.5 mg/mL**, facteur de dilution : 1/10.
- Stabilité : 4 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 : **0.05 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 : **0.005 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 (mg)	Dose cumulée arrondie (mg)	Début Heure : min	Réaction (oui/non)	VISA Infirmier
SOLUTION 1 : étapes de 15 min							
1	0.005	6	0.008	0.008			
2	0.005	12	0.015	0.02			
3	0.005	25	0.03	0.05			
4	0.005	50	0.06	0.1			
SOLUTION 2 : étapes de 15 min							
5	0.05	10	0.12	0.2			
6	0.05	20	0.25	0.5			
7	0.05	40	0.5	1			
8	0.05	80	1	2			
SOLUTION 3 : étapes de 15 min							
9	0.5	15	2	4			
10	0.5	30	4	8			
11	0.5	60	8	15			
12	0.5	120	15	30			
SOLUTION 4 : étapes de 15 min							
13	5	25	30	60			
14	5	50	60	125			
15	5	100	125	250			
16	5	200	250	500*			

* 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

IMIPÉNÈME-CILASTATINE IV
5 mg/mL (dilution 1/1)

SOLUTION 4

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

Expiration : _____._____.____ à ____:____

Visa infirmier : **Stable 4h**

Hôpitaux Universitaires de Genève
Induction de tolérance

IMIPÉNÈME-CILASTATINE IV
0.5 mg/mL (dilution 1/10)

SOLUTION 3

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

Expiration : _____._____.____ à ____:____

Visa infirmier : **Stable 4h**

Hôpitaux Universitaires de Genève
Induction de tolérance

IMIPÉNÈME-CILASTATINE IV
0.05 mg/mL (dilution 1/100)

SOLUTION 2

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

Expiration : **utiliser de suite**

Visa infirmier :

Hôpitaux Universitaires de Genève
Induction de tolérance

IMIPÉNÈME-CILASTATINE IV
0.005 mg/mL (dilution 1/1'000)

SOLUTION 1

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

Expiration : **utiliser de suite**

Visa infirmier :