

Allergies _____

Poids (kg) _____

Taille (cm) _____

Ordonnances du médecin

**Initiales
infirmière**

Pour les patients présentant un état compatible avec le délirium (hypoactif, hyperactif ou mixte) sans lien avec le sevrage d'alcool ou de benzodiazépines, ou encore survenant en contexte de soins palliatifs

BILAN DE BASE DÉLIRIUM

Glycémie capillaire Bladder scan post mictionnel

Si non réalisé dans les dernières 24 h :


FSC Na, K+, Créatinine

Si non réalisé depuis le début de l'hospitalisation :

Bilan hépatique (Bilirubine, ALT, PALc) Calcium Total Albumine Magnésium B12 TSH

BILAN À CONSIDÉRER DANS CERTAINS CONTEXTES*

Troponine Analyse d'urine Radiographie pulmonaire
 ECG Culture d'urine Hémocultures x 2 si fièvre

 Ne procédez pas à une culture d'urine à moins d'être en présence des critères diagnostiques minimaux d'infection urinaire (déterminés par le port ou non une sonde). Notez que la confusion à elle seule n'est pas un symptôme d'infection urinaire chez les personnes qui ne portent pas de sonde. Se référer aux critères de Loeb modifiés ci-bas :

Chez un résident qui ne porte pas de sonde

Dysurie aiguë ou au moins deux des signes et symptômes suivants :

- ✓ Fièvre [$>37,9^{\circ}\text{C}$ (100°F) ou $1,5^{\circ}\text{C}$ ($2,4^{\circ}\text{F}$) au-dessus de la température normale à au moins deux reprises dans les 12 dernières heures]
- ✓ Apparition ou aggravation de l'impériosité mictionnelle
- ✓ Pollakiurie
- ✓ Douleur sus-pubienne
- ✓ Hématurie macroscopique
- ✓ Douleur au flanc
- ✓ Incontinence urinaire de novo

Scan cérébral

 Ne prescrivez pas systématiquement de tomodensitométrie de la tête pour les patients hospitalisés délirants, en l'absence de signes cliniques suggérant une latéralisation ou une hémorragie intracrânienne.

Dosage de médicaments (e.g. digoxine, acide valproïque, phénytoïne, lithium) :

Chez un résident qui porte une sonde

L'un ou l'autre des signes et symptômes suivants après qu'on ait écarté les autres étiologies possibles :

- ✓ Fièvre [$>37,9^{\circ}\text{C}$ (100°F) ou $1,5^{\circ}\text{C}$ ($2,4^{\circ}\text{F}$) au-dessus de la température normale à au moins deux reprises dans les 12 dernières heures]
- ✓ Douleur au flanc
- ✓ Grands frissons
- ✓ Apparition d'un état confusionnel

Pour tous les patients présentant un délirium ou à risque de délirium

 Revoyez tous les médicaments, particulièrement ceux comportant un potentiel anticholinergique, comme ils peuvent contribuer au délirium. Voir recommandations au verso.

Demande de consultation en pharmacie pour révision médicamenteuse complète

EN SITUATION D'AGITATION SÉVÈRE (RISQUE DE BLESSURE À SOI-MÊME OU À AUTRUI) CHEZ QUI LES MESURES NON PHARMACOLOGIQUES NE FONCTIONNENT PAS (VOIR VERSO)

Si possibilité d'administrer des agents oraux :

Quetiapine 6,25 mg PO q 6h PRN x 72 heures (agent préféré en présence de maladie de Parkinson ou démence à corps de Lewy)

En cas d'impossibilité d'administrer des agents oraux :

Haloperidol 0,25 mg sous cutané q 6h PPRN x 72 heures (éviter si historique de QTc prolongé)

Nom en lettres moulées

Signature

N° permis

Heure
00 :00

Date
AA/MM/JJ

CAUSES POTENTIELLES DE DÉLIURIUM

D	Drugs (médicaments - efficacité, effets secondaires, toxicité) Drogues (sevrage de l'alcool, des benzodiazépines ou de la nicotine)	R	Reduced sensory input (désafférentation, problèmes de vision ou d'audition) Restriction de mouvement (contentions mécaniques)
E	Electrolytes débalancés ou déshydratation Environnement non familier Élimination : problème de constipation	I	Immobilisation Intracrânien (AVC hémorragique ou ischémique)
L	Lack of drugs (sevrage de médicaments, douleur non contrôlée)	U	Urine : problème de rétention urinaire
I	Infection	M	Métabolique Myocarde

MÉDICAMENTS POUVANT PRÉCIPITER UN DÉLIURIUM

La polypharmacie est un facteur de risque de delirium. Considérer le rôle étiologique potentiel de tout médicament nouvellement initié, où dont la dose a été augmentée (intoxication ou effets secondaires) ou diminuée (sevrage) ou la présence d'interactions médicamenteuses.

Antagonistes des récepteurs H2 (ex: ranitidine, famotidine)

Anticholinergiques (ex: antihistaminiques de 1ère génération, antimuscariniques, antidépresseurs tricycliques, paroxétine, relaxants musculaires, antispasmodiques, antipsychotiques) - soyez à l'affût de l'effet cumulatif de plusieurs médicaments anticholinergique chez un même patient. Considérer une évaluation par le (la) pharmacien(ne), ou utiliser une calculatrice pour évaluer la charge anticholinergique globale : acbcac.com

Antimicrobiens (dont l'ertapénem)

Antiparkinsoniens (dont les anticholinergiques)

Barbituriques

Benzodiazépines

Corticostéroïdes (oraux et parentéraux)

Digoxine

Opioides (tous, mais risque plus élevé avec mépéridine)

Hypnotiques (zolpidem, zopiclone, eszopiclone)

Référence :

Adapté de Kergoat MJ, Gravel J, Hill J, Clerc D, Vasil N, Hoang LUA, Latour J, Loontjens B, Tessier D, Morin S et al: Annexe 6 - Annexe 6 - Gestion des antipsychotiques dans le traitement du delirium en UCDG. Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 3ième édition. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2021.

INTERVENTIONS UNIVERSELLES POUR LE DÉLIURIUM (PRÉVENTION ET TRAITEMENT)

Promouvoir l'autonomie et la mobilisation : promouvoir la mobilisation précoce, selon tolérance lorsque sécuritaire, encourager le patient à s'asseoir au fauteuil pour les repas ou à une chaise d'aisance pour l'élimination et la toilette. Offrir de l'assistance si nécessaire et favoriser l'implication des proches pour la mobilisation. Lorsque possible, éviter l'utilisation de dispositifs qui limitent la mobilité (intraveineuses, sonde urinaire, tubes, oxygénothérapie, contentions)	Promouvoir une bonne hygiène du sommeil : encourager les activités durant la journée ; ajuster l'éclairage au moment de la journée. Si approprié, grouper les médicaments et les procédures pour minimiser les interruptions du sommeil. Si possible, respecter le sommeil et ne pas réveiller pour la prise de signes vitaux ou pour les investigations. Encourager l'utilisation de bouchons pour les oreilles. Éviter le retrait abrupt des sédatifs s'ils sont utilisés chroniquement.
Promouvoir l'orientation : orienter le patient à chaque quart de travail, inclure des indices par rapport à l'orientation durant les conversations, encourager la présence des proches, éviter les changements de chambres non essentiels.	Maintenir une nutrition et hydratation adéquates : Offrir des liquides fréquemment si ce n'est pas contre-indiqué, assurer l'utilisation des prothèses dentaires, ainsi que le bon positionnement pour l'hydratation et l'alimentation. Assister à l'alimentation si nécessaire.
Promouvoir le confort, assurer un traitement approprié des inconforts ou de la douleur	Assurer une surveillance pour la rétention urinaire et la constipation : mesurer le volume post-miction s'il y a un faible débit urinaire. Assurer un décompte de selles.
Cesser la sonde urinaire à moins qu'elle ne soit absolument nécessaire.	Réévaluer la nécessité pour des dispositifs invasifs (intraveineuses, tubes)
Éviter la sous-stimulation ainsi que la sur-stimulation qui peuvent aggraver le délirium.	Évaluer et surveiller la médication en vigueur et s'assurer d'un usage rationnel de cette dernière.
Éviter l'utilisation de toute mesure de contention.	Éduquer le patient et ses proches sur le délirium
Soutenir les membres de la famille et encourager leur participation aux soins.	

STRATÉGIES NON PHARMACOLOGIQUES POUR LA GESTION DU PATIENT DÉLIRIEUX

Les interventions pharmacologiques pour le délirium devraient être réservées pour les patients présentant de l'agitation sévère avec un risque pour eux-mêmes ou leur environnement, qui causent des interruptions des soins médicaux essentiels, ou qui causent une détresse importante au patient en raison de l'agitation ou des symptômes psychotiques.

Communication	Sécurité
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les barrières de langue et la désafférentation peuvent empirer le délirium : s'assurer que les patients ont leurs appareils auditifs ou leurs lunettes ✓ Utiliser une communication simple et claire. Communiquer une seule idée ou instruction à la fois. ✓ Éviter la confrontation et le recadrage par rapport aux idées délirantes : privilégier les distractions pour minimiser l'agitation. ✓ Expliquer toutes les activités et interventions en termes simples avant leur début. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si le patient devient agité lors des soins, interrompre le soin, et s'assurer que le patient est en sécurité et reporter plus tard. ✓ Éviter l'utilisation de toute mesure de contention, et si utilisée, en limiter l'utilisation. ✓ Modifier l'environnement pour promouvoir la sécurité (civière/lit à son plus bas, retirer les obstacles potentiels ou autres sources de danger de l'environnement)