Hyponatrémie aiguë symptomatique liée à l'administration de solutés intraveineux (HN)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION
(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS SUR L'HYPONATRÉMIE AIGUË SYMPTOMATIQUE LIÉE À L'ADMINISTRATION DE SOLUTÉS INTRAVEINEUX

Déclarer tous les enfants et les adolescents de moins de 18 ans qui recevaient un soluté IV et ont présenté une hyponatrémie aiguë symptomatique pendant leur hospitalisation, ce qui inclut ceux qui reçoivent un soluté IV d'un hôpital général pendant le transfert, à l'urgence ou à la salle d'opération.

L'hyponatrémie aiguë symptomatique se définit comme :

1) une chute du sodium sérique par rapport à la plage normale (135 mmol/L à 145 mmol/L) à moins de 130 mmol/L en une période de 48 heures. (Dans le cas d'un enfant auparavant en santé hospitalisé pour une raison non urgente et à l'égard de qui on ne possède pas les valeurs de laboratoire de départ, un sodium sérique inférieur à 130 mmol/L dans les 48 heures suivant l'amorce du soluté IV sera accepté.)

   ET

2) accompagnée dans le temps d'au moins l'une des manifestations suivantes :
   - Convulsions
   - Diminution du niveau de conscience
   - Perte de connaissance
   - Arrêt respiratoire
   - Arrêt cardiaque
   - Décès

Critères d'exclusion

1) Prématurés de moins de 37 semaines d'âge gestationnel
2) Patients sous thérapie diurétique
3) Patients ayant d'importantes déperditions gastro-intestinales (p. ex., diarrhée, débit nasogastrique ou stomique correspondant à plus de 50 % de l'apport entérique total ou à plus de 15 mL/kg/jour si l'enfant ne prend rien par voie orale)
4) Patients en insuffisance cardiaque ou rénale
5) Patients ayant un diabète insipide connu
6) Patients ayant une acidocétose diabétique connue
7) Patients ayant une hyponatrémie chronique causée par d'autres étiologies

Mois de la première consultation _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____ /____ /_____ (JJ MM AAAA) 1.2 Sexe : Masculin ___ Féminin ___

1.3 Province ou territoire de résidence : _____

1.4 L'enfant est-il né au Canada? Oui ___ Non ___

1.5 Ethnie – Mère

Première nation ___ Innue ___ Inuite ___ Métisse ___ Chinoise ___ Japonaise ___

Autre ethnie orientale ___ Indonésienne ___ Noire ___ Blanche ___ Latino-américaine ___

Moyen-orientale ___ Autre (précisez) _____ Inconnue ___

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES (suite)

1.6 Ethnie – Père

Première nation ___ Innue ___ Inuite ___ Métisse ___ Chinoise ___ Japonaise ___

Autre ethnie orientale ___ Indonésienne ___ Noire ___ Blanche ___ Latino-américaine ___

Moyen-orientale ___ Autre (précisez) _____ Inconnue ___

SECTION 2 – PRÉSENTATION À L'HÔPITAL OÙ L'HYPONATRÉMIE S'EST PRODUITE

2.1 Type d'hôpital :

Centre de santé universitaire ___

Hôpital général d'au moins 100 lits ___

Hôpital général de moins de 100 lits ___

2.2 Date d'hospitalisation : ____ /____ /_____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm
JJ MM AAAA

Tension artérielle : _____ / _____

2.3 Diagnostics

2.3.1 Diagnostic à l'admission : _____

2.3.2 Diagnostics prémorbides : _____

2.3.3 Autre (expliquez) : _____

2.4 Admission initiale à l'unité suivante :

Département d'urgence ___ Unité de court séjour ___ Unité médicale d'hospitalisation ___

Unité chirurgicale d'hospitalisation ___ USIP ___ USIN ___

SECTION 3 – DÉTAILS DE L'HYOPNATRÉMIE AIGUË SYMPTOMATIQUE

3.1 Date de l'hyponatrémie aiguë symptomatique (selon la définition de cas) : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

3.2 Les solutés intraveineux ont été administrés aux endroits suivants :

Soins avant l'hospitalisation ___ Département d'urgence ___ Unité de court séjour ___

Unité médicale d'hospitalisation ___ Unité chirurgicale d'hospitalisation ___ USIP ___ USIN ___

3.3 L'hyponatrémie s'est produite à l'endroit suivant :

Soins avant l'hospitalisation ___ Département d'urgence ___ Unité de court séjour ___

Unité médicale d'hospitalisation ___ Unité chirurgicale d'hospitalisation ___ USIP ___ USIN ___

3.4 Description des séquelles cliniques (cochez toutes les réponses applicables)

Convulsions ___ Diminution du niveau de conscience ___ Perte de connaissance ___

Arrêt respiratoire ___ Arrêt cardiaque ___ Décès ___

3.5 L'hyponatrémie a-t-elle donné lieu à un transfert à : l'USIP? Oui ___ Non ___

l'USIN? Oui ___ Non ___

SECTION 4 – PRISE EN CHARGE DES SOLUTÉS INTRAVEINEUX (AVANT L'HYPONATRÉMIE)

4.1 Administration de solutés (cochez toutes les réponses applicables) :

Rien par voie orale ___ Solutés par voie orale ___ Solutés intraveineux ___ Inconnu ___

4.2 Bolus de solutés IV : Oui ___ Non ___

SECTION 4 – PRISE EN CHARGE DES SOLUTÉS INTRAVEINEUX (AVANT L'HYPONATRÉMIE) (suite)

4.2.1 Dans l'affirmative, indiquez tous les bolus demandés ou reçus :

Date JJ/MM/AAAA	**Volume (mL) demandé**	**Volume (mL) reçu**	**Tonicité (encerclez)** **Soluté physiologique normal 0,9 % (SP)** **Autre (précisez)**
			SP Autre
			SP Autre
			SP Autre
			SP Autre
			SP Autre

4.3 Soluté IV d'entretien : Oui ___ Non ___

4.3.1 Dans l'affirmative, remplissez le tableau dans la mesure du possible et ajoutez de l'information supplémentaire, s'il y a lieu.

Date JJ/MM/AAAA	**Rythme (mL/h) demandé**	**Rythme (mL/h) reçu**	**Temps total de perfusion (h)**	**Tonicité (encerclez)**	**Avec dextrose?**
				SP 0,2 % SP 0,33 % (2/3-1/3 po) SP 0,45 % SP 0,9 % Autre :	Oui ___ Non ___
				SP 0,2 % SP 0,33 % (2/3-1/3 po) SP 0,45 % SP 0,9 % Autre :	Oui ___ Non ___

4.4 Médicaments (cochez toutes les réponses applicables) :

Morphine ___ Autre narcotique : _____

Anesthésique : _____

Autres médicaments : _____

4.5 Interventions (précisez toutes les réponses applicables) :

Chirurgie non urgente : _____

Chirurgie urgente : _____

Intervention orientée par imagerie : _____

Intervention mineure (p. ex., biopsie, ponction lombaire, aspirat de liquide) : _____

SECTION 5 – EXPLORATIONS

5.1 Biochimie	JJ MM AAAA	Résultats (unités)
5.1.1 Sodium sérique (à l'admission)	_____ /_____ /_____	_____ (_____)
5.1.2 Sodium sérique (lors de l'événement)	_____ /_____ /_____	_____ (_____)
5.1.3 Osmolalité sérique	_____ /_____ /_____	_____ (_____)

SECTION 5 – EXPLORATIONS (suite)

5.1.4	Sodium urinaire	_____ /_____ /_____	_____ (_____)
5.1.5	Osmolalité urinaire	_____ /_____ /_____	_____ (_____)
5.1.6	Glucose sérique	_____ /_____ /_____	_____ (_____)
5.1.7	Protéine sérique totale	_____ /_____ /_____	_____ (_____)
5.1.8	Taux de lipide sérique	_____ /_____ /_____	_____ (_____)

5.1.9 Données de laboratoire supplémentaires, s'il y a lieu _____

SECTION 6 – ISSUES

6.1 Date de la dernière évaluation : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

6.2 Diagnostiques finaux : _____

6.3 Au moment de l'évaluation, le patient :

s'était entièrement rétabli ___

s'était rétabli, mais conservait des séquelles ___ précisez : _____

était décédé ___ , précisez la cause du décès : _____

inconnu ___

6.4 Inscrivez l'information supplémentaire que vous jugez importante :

_____

_____

6.5 Votre établissement a-t-il des lignes directrices ou des protocoles au sujet des solutés IV?

Oui ___ Non ___ Je ne sais pas ___

___ **J'accepte que l'équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

___ **Je préfère que l'équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.