



ORDONNANCE COLLECTIVE

INITIER LA SURVEILLANCE ET LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ À RISQUE D'INFECTION NÉONATALE

Établissement : CISSS de Lanaudière

Numéro de l'ordonnance collective : OC CISSSL 65

Période de validité : 3 ans (Juin 2022)

SITUATION CLINIQUE

Une prise en charge des nouveau-nés de 35 semaines et plus présentant un ou des facteurs de risques dans les indications ci-dessous à une infection néonatale.

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES VISÉES

Les activités réservées de l'infirmier(ère) :

- 1- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- 2- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- 3- Administrer et ajuster des médicaments et d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

PROFESSIONNELS AUTORISÉS

Infirmières œuvrant dans le secteur de la natalité du CISSS de Lanaudière.

INDICATIONS

Un nouveau-né de 35 semaines et plus présentant l'un de ces facteurs de risques :

- Une mère avec un Streptocoque du groupe B (SGB) positif OU une bactériurie à SGB à n'importe quel moment de la grossesse OU une culture SGB positive;
- Un nourrisson précédent ayant eu une infection invasive au SGB;
- Une rupture prolongée des membranes (plus de 18 heures);
- Une fièvre maternelle (plus de 38,0 °C)/chorioamnionite.

INTENTION OU CIBLE THÉRAPEUTIQUE

Éviter les complications d'une infection néonatale chez le nouveau-né à risque.

CONTRE-INDICATIONS

- Un nouveau-né de moins de 35 semaines de grossesse;
- Un nouveau-né ne présentant aucun facteur de risque d'une infection néonatale;
- Un nouveau-né avec une naissance par césarienne sans rupture de membranes.

PROTOCOLE MÉDICAL

1. ÉVALUATION DE LA CONDITION DE SANTÉ

1.1. L'INFIRMIÈRE DOIT ÉVALUER LES FACTEURS DE RISQUES DU NOUVEAU-NÉ AFIN DE BIEN CIBLER LA SURVEILLANCE REQUISE.

1.2. L'INFIRMIÈRE ÉVALUE SI LA MÈRE A REÇU UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE INTRAPARTUM (API) ADÉQUATE :

Une bonne API se compose d'au moins une dose de l'un des médicaments suivants, administrée **au moins quatre (4) heures avant la naissance** :

- La pénicilline G (la dose initiale de cinq millions d'unités) ou l'ampicilline (dose initiale de deux (2) grammes) par voie intraveineuse (IV).

OU

- La céfazoline IV (la dose initiale de deux (2) grammes) si la mère est allergique à la pénicilline, mais est à faible risque d'anaphylaxie.

Les femmes avec une allergie à la pénicilline qui sont à risque très élevé d'anaphylaxie doivent recevoir une API avec de la clindamycine IV ou de la vancomycine IV, selon les sensibilités de l'isolat de SGB. Puisque l'efficacité de ces deux médicaments n'est pas confirmée par des essais cliniques, il faut les considérer comme une API inappropriée.

L'API n'est pas recommandée si une césarienne est effectuée avant le travail et que les membranes sont intactes, que la mère soit porteuse ou non du SGB.

2. SURVEILLANCE ET INTERVENTION REQUISE

2.1. L'INFIRMIÈRE APPLIQUE LA SURVEILLANCE ET INITIE LES PRÉLÈVEMENTS CI-DESSOUS SELON LA SITUATION CLINIQUE DU NOUVEAU-NÉ :

SITUATIONS CLINIQUES	SIGNES VITAUX	BILAN
<input type="checkbox"/> Un nouveau-né malade (des convulsions, une hypotension, une tachycardie, une instabilité de la température (hypo ou hyperthermie), une détresse respiratoire, une léthargie ou une hypotonie).	Aviser le médecin traitant/pédiatre immédiatement (mentionner évaluation clinique complet incluant SV) Moniteur cardio-respiratoire	
Nouveau-né (35 semaines de gestation et plus) en bon état général		
<input type="checkbox"/> Si la mère présente un SGB positif mais a reçu une API adéquate* et ne présente pas d'autres facteurs de risques.	Soins normaux du nouveau-né	
<input type="checkbox"/> Si le SGB de la mère est négatif ou inconnu et ne présente pas d'autres facteurs de risques.		
<input type="checkbox"/> Si le SGB de la mère est négatif ou inconnu, qu'elle a déjà eu un nourrisson avec un infection au SGB mais a reçu une API adéquate.		
<input type="checkbox"/> Si la mère présente un SGB positif a reçu une API inadéquate* et ne présente pas d'autres facteurs de risques.	q3-4 h pendant 24 h	N/A
<input type="checkbox"/> Si le SGB de la mère est négatif ou inconnu, qu'elle a déjà eu un nourrisson avec un infection au SGB mais a reçu une API inadéquate.		
<input type="checkbox"/> Si la mère présente un SGB positif et une rupture prolongée des membranes (plus de 18 h), et ce, qu'elle ait reçu une API ou non.		
<input type="checkbox"/> Si le SGB de la mère est négatif ou inconnu, mais qu'il y a une rupture prolongée des membranes (plus de 18 h), et ce, qu'elle ait reçu une API ou non.		
<input type="checkbox"/> Si la mère présente un SGB positif et chorioamnionite, et ce, qu'elle ait reçu une API ou non.	q3-4 h pendant 24 h	Formule sanguine complète (FSC) et hémoculture entre 4-6 h de vie
<input type="checkbox"/> Si le SGB de la mère est négatif ou inconnu et en présence de chorioamnionite, et ce, qu'elle ait reçu une API ou non)		

3. SUIVI

Aviser le médecin traitant/pédiatre si FSC anormale :

- Globules blancs : moins de $7 \times 10^9/L$ ou supérieur ou égal $40 \times 10^9/L$;
- Plaquette : moins de $100 \times 10^9/L$;
- Hémoglobine : moins de 130 g/L ou supérieur ou égal 250 g/L .

4. DOCUMENTATION AU DOSSIER DE L'USAGER

L'infirmière doit documenter toutes les évaluations, les interventions et les suivis effectués dans le dossier du nouveau-né.

LIMITES OU SITUATIONS EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

Si le nouveau-né présente une détresse respiratoire ou des signes d'infection fœto-maternelle, aviser le médecin traitant/pédiatre, peu importe les facteurs de risques infectieux du nouveau-né.

Aviser le médecin traitant/pédiatre s'il y a :

- Une instabilité de la température après 1 h de vie :
 - Toute valeur de température supérieure ou égale à 38 °C (après 1 h de vie);
 - Une hypothermie persistante ou récidivante à moins de $36,4 \text{ °C}$.
- Une détresse respiratoire persistante à 1 h de vie ou survenant de novo (la plainte expiratoire, le battement des ailes du nez, le tirage ou la tachypnée soutenue à plus de 60 respirations par minute);
- Une tachycardie persistante au repos (un rythme cardiaque (RC) plus grand ou égal à 160 battements par minute).

OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (2017). *La prise en charge des nouveau-nés à terme à risque de sepsis bactérien d'apparition précoce*.

Neonatal Early-Onset Sepsis Calculator <https://neonatalesepsiscalculator.kaiserpermanente.org/>

IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Non applicable.

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉPONDANT

En établissement, le médecin répondant est le médecin traitant/pédiatre ou, en l'absence de celui-ci, le médecin présent au service avec qui l'infirmière travaille durant cette journée ou le médecin de garde désigné.

PROCESSUS DE MISE EN VIGUEUR

1. ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE

Dre Émilie Fréchette-Pelletier, pédiatre en chef CHDL
Dr Jessica ElBared, pédiatre au HPLG

2. VALIDATION DE LA VERSION ACTUELLE

Amélie Brunet, conseillère cadre à la Direction des soins infirmiers
Comité des ordonnances collectives du CISSS de Lanaudière
Comité clinique de la DSI

3. APPROBATION DE LA VERSION ACTUELLE REPRÉSENTANT DU CMDP (EN ÉTABLISSEMENT)

Nom et prénom	Signature	Date
Ouellet, Jérôme		2024/6/4

RÉVISION

Date d'entrée en vigueur :

Date de la dernière révision (si applicable) :

Date prévue de la prochaine révision :

Signature :

Date :