



Insuline (Insuline)^{MD}

(Hormone polypeptidique)

INDICATIONS :

- Correction de l'hyperglycémie ;
- Correction de l'hyperkaliémie.

DOSES :

Correction de l'hypoglycémie :

- Posologie initiale habituelle : 0,01 à 0,02 unités/kg/heure.
- Écart posologique : 0,01 à 0,4 unités/kg/heure, ajuster selon glycémies.

CORRECTION de l'hyperkaliémie :

- Posologie initiale recommandée : 0,05 à 0,1 unité/kg/heure, en association avec 2 à 4 mL/kg/heure de D10% pour prévenir hypoglycémie; ajuster selon réponse.

PRÉSENTATION	Produit	Diluant	Concentration finale
--------------	---------	---------	----------------------

TOUJOURS UTILISER LES SERINGUES PRÉPARÉES ET SERVIES PAR LA PHARMACIE.

PRÉPARATION DU SOLUTÉ	Insuline régulière 100 unités/mL (mL)	Dextrose 10% + acides aminés 3% (mL)	Concentration finale
< 1,5 KG	0,05 mL (5 unités)	49,95 mL	0,1 u/mL
>OU = 1,5 KG	0,1 mL (10 unités)	49,9 mL	0,2 u/mL
RESTRICTION LIQUIDIENNE OU DOSE ÉLEVÉE	0,2 mL (20 unités)	49,8 mL	0,4 u/mL

- L'insuline est préparée dans un soluté D10% + AA 3% afin de diminuer l'adsorption de l'insuline sur les parois de la tubulure.

CONCENTRATION MAXIMALE = 1 unité/mL

CONDITIONS POUR MÉDICAMENT DE NIVEAU D'ALERTE ÉLEVÉ (VOIR ANNEXE VI)

DVI	DVP	BOLUS	♥	COMMENTAIRE
Double vérification indépendante	Double vérification programmation de la pompe	En moins de 10 minutes	Moniteur cardiaque	
OUI	OUI	NON	NON	AUCUN

ADMINISTRATION :

• Perfusion :

La préparation doit être faite et la tubulure amorcée depuis au moins 30 minutes avant usage.

L'heure de préparation est inscrite à la main sur l'étiquette ; donc s'assurer qu'au moins 30 minutes se sont écoulées depuis cette heure avant de passer à l'étape suivante.

Pour traitement de l'hyperkaliémie, pour éviter délai, NE pas laisser reposer la solution, utiliser immédiatement.

Retirer le bouchon et purger la tubulure microbore avec 20 mL de la solution d'insuline, en poussant le piston de la seringue. Ce 20 mL doit être jeté.



Insuline (Insuline)^{MD}

(Hormone polypeptidique)

Ne pas mettre de filtre sur la voie IV où perfuse l'insuline.

Privilégier une **voie centrale**, pour éviter l'interruption du traitement et l'accumulation d'insuline localement en cas d'infiltration d'une voie veineuse périphérique.

Ne pas donner de médicaments en bolus dans la même voie que l'insuline pour éviter de donner des bolus lors du rinçage.

Quand connectée sur le patient, programmer le pousse-seringue pour un volume de purge équivalent à la quantité de tubulures (cathéter + bouchon + rallonge Y) pour 1 à 3 minutes (pour la première seringue seulement).

Changer la tubulure microbore à toutes les 24h. Poursuivre avec le débit prescrit.

Fin de perfusion :

Si en dérivé avec APT :

- Retirer le Y si possible, sans rinçage.

Si en perfusion seule :

- Remplacer la perfusion par une seringue et rallonge contenant NaCl 0,9%
- Programmer le pousse-seringue pour un volume de rinçage équivalent au volume de purge total et perfuser au même débit qu'au moment de l'arrêt

Lorsque le rinçage avec le NaCl 0,9% est terminé, cesser la perfusion et inscrire dans les notes infirmières l'heure d'arrêt.

STABILITÉ pour préparation à l'unité de soins

Seringue préparée SCAS : 24h TP

COMPATIBILITÉ

NS, D5%, D10%, D10% + AA 3%.

COMPATIBILITÉ AU SITE INJECTION TERMINALE

AA/Dextrose, SMOF, héparine, électrolytes.

EFFETS SECONDAIRES ET SURVEILLANCE LORS DE L'ADMINISTRATION :

- Hypoglycémie, hypokaliémie.
- Surveiller glycémies q 15-30 minutes après le début de la perfusion, après tout changement de débit et aux changements de seringue, puis espacer selon la stabilité des résultats.
- Surveillance étroite des glycémies lors des changements de seringues, en raison de la cinétique variable d'absorption de l'insuline sur la seringue et la tubulure.