1. **Si apparition de signes d’angiœdème**(œdème lingual, labial ou pharyngé, dyspnée ou difficultés à avaler) :

**ADMINISTRER RX SUIVANTS ET AVISER MÉDECIN**

RdiphenhydrAMINE 50 mg IV STAT

ET

Rfamotidine 20 mg IV STAT

**Signature médicale (ou autorisée) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATE** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **HEURE** (hh:mm) : \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

1. **Angiœdème confirmé par le médecin**

£ méthylPREDNISolone 125 mg IV STAT

£ Cesser l’IECA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature médicale (ou autorisée) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATE** (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ **HEURE (hh:mm) :** \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

1. **Si progression de l’angiœdème, après la dose méthylPREDNISolone, aviser en STAT le médecin**

Attention : Une évaluation médicale des risques/bénéfices d’administrer l’ÉPINÉPHrine (AdrénalineMD), si requise, doit être réalisée en raison du risque d’hémorragie cérébrale induit par une poussée hypertensive. Elle doit faire l’objet d’une ordonnance séparée le cas échéant.