



- HÔPITAL FLEURIMONT
 HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

ADMISSION UNITÉ DE SOINS INTENSIFS

Allergie médicamenteuse¹ : _____

ANNÉE	MOIS	JOUR	h

Poids¹: _____ kg Taille¹: _____ cm

Date Heure

ATP	PHARM	
RÉSERVÉ À LA PHARMACIE	<input type="checkbox"/> Cette ordonnance ANNULE toutes les ordonnances pharmaceutiques actives. *ATTENTION à défaut de cocher cette case, tous les médicaments présents au profil pharmaceutique seront poursuivis*	
	SÉDATION/ANALGÉSIE Si intubé : <input type="checkbox"/> «Protocole d'analgésie et sédation pour les patients intubés aux soins intensifs» Si non intubé : <input type="checkbox"/> Acétaminophène PO OU par sonde oro ou nasogastrique → <input type="checkbox"/> 650 mg <input type="checkbox"/> 1000 mg / <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> q _____ h <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> HYDROmorphine <input type="checkbox"/> _____ mg SC OU <input type="checkbox"/> _____ mg PO <input type="checkbox"/> q _____ h <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> _____ mg SC OU <input type="checkbox"/> _____ mg PO <input type="checkbox"/> q _____ h <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> Régulier	
	HÉMODYNAMIE <input type="checkbox"/> Norépinephrine _____ mg/250 mL <input type="checkbox"/> D5W <input type="checkbox"/> NaCl 0,9 % pour viser TAM* entre 60 à 65 mmHg ou _____ mmHg <input type="checkbox"/> Aviser équipe médicale si norépinéphrine à _____ mcg/min ou plus.	
	RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Salbutamol 100 mcg/inhal. / <input type="checkbox"/> 2-4 inhal. (non intubé) <input type="checkbox"/> 6-10 inhal. (intubé) / q4h / <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Ipratropium 20 mcg/inhal. / <input type="checkbox"/> 2-4 inhal. (non intubé) <input type="checkbox"/> 6-10 inhal. (intubé) / q4h / <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Autre bronchodilatateur : _____ <input type="checkbox"/> Soins de bouche avec chlorhexidine 0,12 % 15 mL BID (pour tout patient intubé)	
	GASTRO-INTESTINAL <input type="checkbox"/> Pantoprazole 40 mg <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> die <input type="checkbox"/> q12h <input type="checkbox"/> Lansoprazole (Fast Tab) 30 mg via sonde oro ou nasogastrique die (pour administration via sonde gastrique) <input type="checkbox"/> Ondansétron _____ mg PO/IV q 8h PRN <input type="checkbox"/> Polyéthylène glycol (Lax-A-Day) 17 g PO OU via sonde oro ou nasogastrique die <input type="checkbox"/> PRN <input type="checkbox"/> Régulier	
	NÉPHRO-MÉTABOLIQUE <input type="checkbox"/> Soluté <input type="checkbox"/> NaCl 0,9 % <input type="checkbox"/> Lactate Ringer <input type="checkbox"/> Autres _____ à _____ mL/h <input type="checkbox"/> Insuline sous-cutanée : compléter l'ordonnance pharmaceutique - Insuline sous-cutanée. <input type="checkbox"/> Insuline intra-veineuse : compléter l'ordonnance pharmaceutique - Perfusion d'insuline IV.	
	HÉMATOLOGIQUE- INFECTIOLOGIE <input type="checkbox"/> Héparine non fractionnée 5000 unités SC <input type="checkbox"/> q12h <input type="checkbox"/> q8h <input type="checkbox"/> Daltéparine 5000 unités SC die <input type="checkbox"/> Antibiothérapie : _____	
	Signature du médecin prescripteur _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ N° de permis _____ Note du pharmacien :	
	Signature du pharmacien _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ N° de permis _____	

¹ Au CHUS, documenter dans le DCI-CAE (ARIANE)

*Tension artérielle moyenne

Document disponible dans le DCI-CAE (ARIANE), section Référence.