|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | Code à barres | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Date de naissance | | | | | | | | | No de dossier | | | | Année | | | | Mois | | Jour | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  | | No d’assurance maladie | | | | | | | | | | | | | Nom à la naissance | | | | | | | | | Prénom | | | | Adresse | | | | | | | | | | | | | Ville | | | | | | | Code postal | | | | No de téléphone | | Nom de la mère | | | | | | | | | | Prénom de la mère | | | Nom du père | | | | | | | | | | Prénom du père | | | | | | | |
| installation : | | | | | | | | | | | | | | | |
| ORDONNANCES MÉDICALES et pharmaceutiques soins intensifs  Oxygénation veino-veineuse par membrane extracorporelle (VV ECMO) | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE | | Année | | | | Mois | | | Jour | |  | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | HEURE | | | h | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
| Poids1 : kg Taille1 : cm  CHUS-OPI-SI-007 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SURVEILLANCES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signes neurologiques q1h  Signes neurovasculaires q2h  Aviser immédiatement si l'urine ou l'effluent de la CVVHDF (*continuous veno-venous hemodiafiltration*) change de couleur | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANALYSES ET EXAMENS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Gaz artériel usager q4h * PTT selon protocole d’anticoagulation q4h * Gaz préoxygénateur q8h (prescrit et prélevé par le perfusionniste) * FSC, INR, fibrinogène, D-Dimères q8h * Électrolytes (Na, K), calcium ionisé, lactates q8h * Gaz post-oxygénateur q24h (prescrit et prélevé par le perfusionniste) * Anti-Xa, Hémoglobine libre (hémoglobine plasmatique), LDH, q24h Créatinine, urée, AST, ALT, bilirubine, créatine kinase (CK), magnésium, phosphate, chlore q24h * Code 50 et culots en réserve (X 2) q24h (précanulation)   + Attention, tout code 50 expire à 23 h 59 le 3e jour du prélèvement, et ce, sans aucun préavis. L’infirmière doit envoyer une nouvelle demande de code 50 si ce dernier expire dans les 24 heures. Vérifier la validité du code 50 tous les jours à 1 h A.M. * Rayon X (position des canules) q24h (présence obligatoire du perfusionniste et de l’infirmière de l’usager) * Électrocardiogramme (ECG) q24h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOBILISATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mobilisation latérale q2h  Aucune mobilisation pour l'instant  Mobilisation en bloc  Maintenir tête de lit plus haute ou égale à : degrés  **Note : l'ECMO n'est pas une contre-indication à la mobilisation** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VENTILATION MÉCANIQUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mode :  Pression contrôlée  Autre :  FR 10/min ou : /min  PEEP 10 cm H2O ou : cm H2O  Pression inspiratoire 10 cm H2O ou : cm H2O  Temps inspiratoire : 1,2 seconde ou : secondes  FiO2 40 % ou : % (idéalement, garder inférieure à 60 %)   * Les paramètres du ventilateur ne doivent jamais être modifiés, sauf en cas d'urgence ou si demandé par le médecin   Traitant   * La pression de crête ne devrait jamais dépasser 25 cm H2O en mode VPC2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 À documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible  2 Ventilation en pression contrôlée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VENTILATION MÉCANIQUE (suite) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aviser si efforts inspiratoires  Paramètres de ventilation d’urgence : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ECMO (extra-corporeal membrane oxygenation) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viser un débit d'environ : L/min  Viser RPM3 : /min (inférieur à 3 500 idéalement)  Aviser si pression négative (veineuse) supérieure à -100 mmHg  Vérifier le circuit q1h à q2h, aviser si nouveau thrombus ou fibrine  Saturation visée : %  Ajuster débit de gaz frais pour un pH entre : et  Viser jusqu’à la valeur de pH à 7,45 et même 7,5 si usager éveillé et efforts inspiratoires  Faire un gaz artériel (usager) de contrôle 15 minutes après tout changement  Température visée 36o C à 37o C ou : oC  Ajuster débit de gaz frais pour un pCO2 entre : et | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANTICOAGULATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Débuter héparine 25 000 unités/250 mL D5 % IV à : unités/h (18 unités/kg/h) NE PAS ajuster. PTTa q4h  Pas d'anticoagulation pour l'instant (considérer thromboprophylaxie à l'héparine) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INTERVENTIONS POSSIBLES SELON COMPLICATIONS (SE RÉFÉRER À L’ALGORITHME DE COMPLICATIONS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HYPOXÉMIE SÉVÈRE AVEC CHUTE DE DÉBIT D'ECMO**  Bolus 500 mL Lactate Ringer q8h  Culot globulaire si hémoglobine plus petite que 70 g/L  **DÉCANULATION OU DÉCONNEXION DU CIRCUIT AVEC CHOC HÉMORRAGIQUE**  Amorcer un protocole de transfusion massive (PTM)  Bolus rapide 2 L Lactate Ringer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | |  |  |  |
| Signature du médecin | | | | | | | | | | |  | Nom (en caractères d’imprimerie) | | | | | |  | No de permis |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3 La vitesse de pompe est exprimée en tours par minute