

Hôpital du Suroit

Nom, Prénom:

Chambre:

Dossier:

Allergie(s):

Sexe:

Intolérance(s):

Poids (kg):

Remarques:

Taille (cm):

*** Valide du *** Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
ATTENTION L'administration d'ocytocine n'est pas efficace dans les 60 minutes qui suivent une césarienne si l'usagère a déjà reçu un médicament utérotonique, la carbétocine (Duratocin) lors de l'intervention chirurgicale Même si une dose d'ocytocine a déjà été administrée (3e stade), répéter l'administration d'ocytocine Début : Fin :	--			
OCYTOCINE 10 unités/mL inj. 1 mL (Syntocinon) 10 unités = 1 mL intramusculaire pour 1 dose si voie IV non disponible MÉDICAMENT PER HÉMORRAGIE OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE convulsions-thrombocytopénie-hyponatremie-hypotension Début : Fin :	IM 	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____
OCYTOCINE 10 unités/mL inj. 1 mL (Syntocinon) _____ unités = _____ mL via soluté Dans 1000 mL NaCl 0,9% à _____ mL/h x _____ h si voie IV disponible Sous pompe. SOLUTÉ PER HÉMORRAGIE DVI lors de la préparation du soluté et programmation initiale pompe. Débit uniquement pour double concentration. convulsions-thrombocytopénie-hyponatremie-hypotension Début : Fin :	IV 	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____
SODIUM CHLORURE 0,9 % 1 L soluté (NaCl) en perfusion IV continue 150 mL/heure Débuter par un bolus de 500 mL Qté restante : Soluté per hémorragie OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE irritation locale-sensation de brûlure Début : Fin :	IV			

(R) Refus

(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.

 Précautions lors de la manipulation
  Précautions grossesse et allaitement
  Cytotoxique
  Haut risque



FEUILLE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (FADM)-24 heures
CISSMO SUROIT

Hôpital du Suroît

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

Intolérance(s):

Sexe:

Poids (kg):

Remarques:

Taille (cm):

*** Valide du ** Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
ERGONOVINE 0,25 mg/mL sol inj. amp 1 mL (Ergotrate) 0.25 MG = 1 mL intramusculaire STAT Réfrigérer OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE nausees, vomissement, diarr-paresthesie-céphalées-etourdissement Début : Fin :	IM Commun			
ERGONOVINE 0,25 mg/mL sol inj. amp 1 mL (Ergotrate) 0.25 MG = 1 mL intramusculaire pour 1 dose Répéter x 1 dose après 2 heures (Max 2 doses au total) OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE nausees, vomissement, diarr-paresthesie-céphalées-etourdissement Début : Fin :	IM Commun			
CARBOPROST TROMMETHAMINE 250 mcg/mL (Hemabate) 250 mcg = 1 mL intramusculaire STAT Réfrigérer OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE bouffees vasomotrices-dyspnee-nausees Début : Fin :	IM Commun			
CARBOPROST TROMMETHAMINE 250 mcg/mL (Hemabate) 250 mcg = 1 mL intramusculaire pour 1 dose Répéter à chaque 15 minutes pour _____ doses (max 8 doses au total) Réfrigérer OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE bouffees vasomotrices-dyspnee-nausees Début : Fin :	IM Commun			

(R) Refus

(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.

Précautions lors de la manipulation	Précautions grossesse et allaitement	Cytotoxique	Haut risque
-------------------------------------	--------------------------------------	-------------	-------------

Hôpital du Suroît

Nom, Prénom:

Chambre:

Dossier:

Allergie(s):

Sexe:

Intolérance(s):

Poids (kg):

Remarques:

Taille (cm):

*** Valide du * Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm.	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
MISOPROSTOL 200 mcg co (Cytotec) 400 mcg = 2 co sublingual pour 1 dose (1er choix) Avec repas ou collation Si non reçu IR Manipuler avec gants si inf. enceinte ou allaitement OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE nausees et vomissements-diarrhee-flatulence-douleurs abdominales Début : Fin :	S.LING 			
MISOPROSTOL 200 mcg co (Cytotec) 800 mcg = 4 co(s) intrarectal pour 1 dose (2e choix) Si non reçu sublingual Manipuler avec gants si inf. enceinte ou allaitement OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE nausees et vomissements-diarrhee-flatulence-douleurs abdominales Début : Fin :	IR 			
TRANEXAMIQUE AC 100 mg/mL sol. inj fiole (Cyklokapron) 1000 MG = 10 mL IV tubulure pour 1 dose Administré non redilué en 10 minutes OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE nausees,vomissement,diarr-etourdissement-hypotension Début : Fin :	IV			
OCYTOCINE 10 unités/mL inj. 1 mL (Syntocinon) _____ unités = _____ mL via soluté  Dans 1000 mL de NaCl 0,9% à _____ mL/h pour _____ h Sous pompe. SOLUTÉ #1 POST HÉMORRAGIE DVI lors de la préparation du soluté et programmation initiale pompe. Débit uniquement pour double concentration. convulsions-thrombocytopenie-hyponatremie-hypotension Début : Fin :	IV 	DVI _____ DVI _____ DVI _____	DVI _____ DVI _____ DVI _____	DVI _____ DVI _____ DVI _____

(R) Refus

(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.

 Précautions lors de la manipulation	 Précautions grossesse et allaitement	 Cytotoxique	 Haut risque
---	--	---	---

Hôpital du Suroît

Nom, Prénom:

Chambre:

Dossier:

Allergie(s):

Sexe:

Intolérance(s):

Poids (kg):

Remarques:

Taille (cm):

*** Valide du		(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
*** Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm.			
SODIUM CHLORURE 0,9 % 1 L soluté (NaCl)	IV			
en perfusion IV continue				
pour h puis TVO				
Qté restante :				
Soluté # 2 post hémorragie				
OIPI-650 HÉMORRAGIE POSTPARTUM MODÉRÉE À SÉVÈRE				
irritation locale-sensation de brûlure				
Début : Fin :				
Init.: _____				
Heure: _____				
Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.				

Vérifié avec profil : _____ Le : _____

Signature(s) Init(s)		Signature(s) Init(s)		Signature(s) Init(s)	

(R) Refus

(EX) Examen

(SO) Salle d'opération

(AA) Auto-administration

(AR) Autre raison (détailler)

Apposer les initiales dans la case au moment de l'administration.



Précautions lors de la manipulation



Précautions grossesse et allaitement



Cytotoxique



Haut risque