

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Médecin:

Dossier:

Naissance:

Intolérance(s):

Âge:

Poids (kg):

Remarques:

Vaccin: _____

Taille (cm):

*** Valide du _____ à 00:00 au _____ à 23:59 ***		(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
Nom générique du médicament/présentation (Synonyme)	Voie d'adm.			
SODIUM CHLORURE 0.9% inj. ser.3 mL (Salin-lock) 2 ML IV aux 12 heures minimum pour cathéter veineux Ser 5mL temperature piece Au commun Utiliser 4mL pour adaptateur long OIPI-709 Maturation cervicale/ind. ou stimulation travail irritation locale-sensation de brulure Début : _____ Fin : _____ Dern date service : _____	IV			
SODIUM CHLORURE 0,9 % 1 L soluté (NaCl) en perfusion IV continue TVO Soluté primaire Qté restante : _____ OIPI-709 Maturation cervicale/ind. ou stimulation travail irritation locale-sensation de brulure Début : _____ Fin : _____ Dern date service : _____	IV			
DEXTROSE 5%-NACL 0,9% 1000 mL inj. (D5%-NS) 100 mL/h en perfusion IV Soluté primaire si diabète de type 1 Qté restante : _____ OIPI-709 Maturation cervicale/ind. ou stimulation travail Début : _____ Fin : _____ Dern date service : _____	IV			
OCYTOCINE 10 unités/mL sol. inj. 1 mL 20 unités = 2 mL via soluté Débuter à 2 milliunités / min et augmenter de 2 milliunités/min aux _____ minutes Dans 1000 mL NaCl 0,9% DVI lors de la préparation du soluté et prog. initiale pompe Ocytocine à FAIBLE dose OIPI-709 Maturation cervicale/ind. ou stimulation travail convulsions-thrombocytopenie-hyponatremie-hypotension Début : _____ Fin : _____ Dern date service : _____	IV	DVI _____	DVI _____	DVI _____
OCYTOCINE 10 unités/mL sol. inj. 1 mL 20 unités = 2 mL via soluté Débuter à 6 milliunités / min et augmenter de 4 milliunités / min aux 30 minutes Dans 1000 mL NaCl 0,9% DVI lors de la préparation du soluté et prog. initiale pompe Ocytocine à HAUTE dose OIPI-709 Maturation cervicale/ind. ou stimulation travail convulsions-thrombocytopenie-hyponatremie-hypotension Début : _____ Fin : _____ Dern date service : _____	IV	DVI _____	DVI _____	DVI _____

(R) REFUS

(RT) RETRAIT

(AR) AUTRE RAISON

(RX) RAYON-X

(SO) SALLE D'OPÉRATION

(AA) AUTO-ADMINISTRATION

Nom, Prénom:

Allergie(s):

Intolérance(s):

Remarques:

Médecin:

Naissance:

Âge:

Vaccin:

Chambre:

Dossier:

Poids (kg):

Taille (cm):

*** Valide du	à 00:00 au	à 23:59 ***		(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
Nom générique du médicament/présentation (Synonyme)			Voie d'adm.			
DINOPROSTONE 10 mg insert. vag (Cervidil)			VAG			
10 MG = 1 Bandelette vaginale sur une période de 12 heures libère 0,3 mg / heure						
Garder au congélateur						
Retirer 30 minutes avant ocytocine						
Manipuler avec précautions						
OIPI-709 Maturation cervicale/ind. ou stimulation travail						
nausees,vomissement,diarr-cephalees-hypertrophie uterine-var.frequence card.foetus						
Début : Fin : Dern date service :						

Init. Signature

Init. Signature

Init. Signature

OIPI-709 Maturation cervicale/ind.ou stimulation travail

(R) REFUS (RT) RETRAIT (AR) AUTRE RAISON (RX) RAYON-X (SO) SALLE D'OPÉRATION (AA) AUTO-ADMINISTRATION