

Hôpital du Suroit

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

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)
OCYTOCINE 10 unités/mL inj. 1 mL 40 unités = 4 mL via soluté Débuter à 30 milliunités / min et augmenter de 2 milliunités / min aux _____ minutes Dans 1000 mL NaCl 0,9% DVI : préparation du soluté/programmation pompe et changement de débit / Ocytocine FAIBLE dose <u>OIP1-710 Ind./stimulation du travail ocytocine 40 unités/L</u> convulsions-thrombocytopénie-hyponatremie-hypotension Début : _____ Fin : _____		IV 	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____ _____	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____ _____	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____ _____
OCYTOCINE 10 unités/mL inj. 1 mL 40 unités = 4 mL via soluté Débuter à 30 milliunités / min et augmenter de 4 milliunités / min aux 30 minutes Dans 1000 mL NaCl 0,9% DVI : préparation du soluté / programmation pompe et changement du débit / Ocytocine HAUTE dose <u>OIP1-710 Ind./stimulation du travail ocytocine 40 unités/L</u> convulsions-thrombocytopénie-hyponatremie-hypotension Début : _____ Fin : _____		IV 	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____ _____	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____ _____	DVI _____ _____ DVI _____ _____ DVI _____ _____
Init.: _____ Heure: _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.				

(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 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)
Init.: _____ Heure: _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.				
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