

OIPI-737 Transfusion massive (clientèle de plus de 35 kg)



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

CISSSMO

Nom, Prénom:

Chambre:

Dossier:

Allergie(s):

Sexe:

Intolérance(s):

Poids (kg):

Taille (cm):

Remarques:

*** Valide du _____ à 00:00 au _____ à 23:59 ***	(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
Nom générique du médicament/nom commercial courant Voie d'adm. TRANEXAMIQUE AC 100 mg/mL sol. inj fiole (CYKLOKAPRON) IV OIPI-737 Transfusion massive (plus de 35 kg) hémostatiques Commun 1000 MG = 10 mL IV via minisac sous pompe STAT Diluer dans 100 mL NaCl 0,9% et administrer en 10 min Dès que possible, préférablement dans les 3 h suivant le début du saignement Début : Fin :			
TRANEXAMIQUE AC 100 mg/mL sol. inj fiole (CYKLOKAPRON) IVperf OIPI-737 Transfusion massive (plus de 35 kg) hémostatiques Commun 1000 MG = 10 mL IV via soluté sous pompe pour 1 dose, perfuser à 62,5 mL/h pendant 8 h Diluer dans 500 mL de NaCl 0,9% En plus du bolus initial Contexte traumatologique Début : Fin :			
TRANEXAMIQUE AC 100 mg/mL sol. inj fiole (CYKLOKAPRON) IV OIPI-737 Transfusion massive (plus de 35 kg) hémostatiques Commun 1000 MG = 10 mL IV via minisac sous pompe peut être répétée 1 fois si saignement persiste Diluer dans 100 mL NaCl 0,9% et administrer en 10 min Contexte d'hémorragie post-partum Début : Fin :			
PHYTONADIONE 10 mg/mL sol. inj 1 mL (Vitamine K1) IV OIPI-737 Transfusion massive (plus de 35 kg) vitamine K Commun 10 MG = 1 mL IV direct pour 1 dose Diluer dans 10 mL de NaCl 0,9% et administrer en 10 min Si usager sous w arfarine et RNI supérieur à 1,8 OIPI-737 Transfusion massive (plus de 35 kg) troubles du gout-erytheme-irritation gastrique-rash Début : Fin :			
PROTAMINE 50 mg/5 mL sol. inj. IV OIPI-737 Transfusion massive (plus de 35 kg) 50 MG = 5 mL IV direct pour 1 dose Administrer lentement sur 10 minutes Réfrigérer Pour usager sous héparine IV ou sous HFPM reçue dans les 8h Début : Fin :			

(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
-------------------------------------	--------------------------------------	-------------	-------------

CISSMO

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

Sexe:

Intolérance(s):

Poids (kg):

Taille (cm):

Remarques:

*** Valable du _____ à 00:00 au _____ à 23:59 ***		(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)	
Nom générique du médicament/nom commercial courant PROTAMINE 50 mg/5 mL sol. inj. OIP-737 Transfusion massive (plus de 35 kg) 25 MG = 2.5 mL IV direct pour 1 dose Administrer lentement sur 5 minutes Réfrigérer Pour usager sous HFPM reçue dans les 8 à 12h Début : _____ Fin : _____		Voie d'adm. IV			
CALCIUM CHLORURE 100mg/mL inj fiole 10mL (Calciject) OIP-737 Transfusion massive (plus de 35 kg) agents suppléance 1000 MG = 10 mL IV via minisac sous pompe pour 1 dose Rediluer dans 100 mL NaCl 0.9% et administrer en 2h Pour calcium ionisé supérieur à 1,13 mmol/L Début : _____ Fin : _____		IV 	DVI _____	DVI _____	DVI _____
DESMOPRESSINE 4 mcg/mL sol.inj. (1 mL) (DDAVP) OIP-737 Transfusion massive (plus de 35 kg) hormones hypophysaires 20 mcg = 5 mL IV via minisac pour 1 dose (0,3 mcg/kg) max: 20 mcg Dans 50 mL de NaCl 0,9% et administrer en 20 à 30 min si receveur urémique ou connu avec maladie de Von Willebrand Réfrigérer Début : _____ Fin : _____		IV			
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

CISSSMO

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Dossier:

Intolérance(s):

Sexe:

Poids (kg):

Taille (cm):

Remarques:

*** Valable du _____ à 00:00 au _____ à 23:59 ***		(00:00-07:59)	(08:00-15:59)	(16:00-23:59)
Nom générique du médicament/nom commercial courant		Voie d'adm.		
Init.: _____ Heure: _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.			
Init.: _____ Heure: _____				
Init.: _____ Heure: _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.			
Init.: _____ Heure: _____				

FADM vérifiée par : _____ 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