

OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence



PROFIL PHARMACOLOGIQUE (F.A.D.M.)

CISSMO Jardins Roussillon

Hôpital Anna-Laberge

Nom, Prénom:

Allergie(s):

Intolérance(s):

Remarques:

Chambre:

Dossier:

Poids (kg):

Taille (cm):

Médecin:

Naissance:

Âge:

Vaccin:

*** 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.			
ACETAMINOPHENE 500 mg co (Tylenol) 1000 MG = 2 co via tube nasogastrique aux 6 heures régulièrement Lors du refroidissement et du réchauffement puis PRN Aviser pharmacie via la feuille de communication Max: 4 g d'acétaminophène / 24 h Si non reçu IR OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence urticaire-rash-dommages hépatiques	TNG	00:00 06:00	12:00	18:00
ACETAMINOPHENE 650 mg supp. (Tylenol) 975 MG = 1 1/2 supp. intrarectal aux 6 heures régulièrement Lors du refroidissement et du réchauffement puis PRN Aviser pharmacie via la feuille de communication Max: 4 g d'acétaminophène/24h / Passer sous l'eau avant adm. Si non reçu via tube nasogastrique OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence urticaire-rash-dommages hépatiques	IR Cabinet			
MAGNESIUM SULFATE 500 mg/mL inj 10mL 2000 MG = 4 mL via minisac pour 1 dose si magnésium inférieur à 0,65 mmol/L Dans 100 mL de NaCl 0.9% en 2 heures OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence paralysie (periodique)-transpiration-rougeurs-hypotension	IV Cabinet 	prn DVI _____	prn DVI _____	prn DVI _____
SODIUM CHLORURE 0,9 % 1 L soluté (NaCl) ____ mL IV refroidi à 4 degrés en BOLUS sous pression en 15 à 30 minutes Servi par le magasin OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence irritation locale-sensation de brûlure	IV Commun			

(R) REFUS

(RT) RETRAIT

(AR) AUTRE RAISON

(RX) RAYON-X

(SO) SALLE D'OPÉRATION

(AA) AUTO-ADMINISTRATION



Précautions lors de la manipulation



Précautions grossesse et allaitement



Cytotoxique



Haut risque

OIPI-867 Hypothermie th rapeutique SI et Urgence



PROFIL PHARMACOLOGIQUE (F.A.D.M.)

CISSSMO Jardins Roussillon

Hôpital Anna-Laberge

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.			
SODIUM CHLORURE 0,9 % 1 L soluté (NaCl) en perfusion IV continue ____ mL/h Administrer à 4 degrés ad température corporelle visée puis température ambiante Servi par le magasin OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence irritation locale-sensation de brulure	IV Commun			
SODIUM CHLORURE 0.9%-KCL 20mEQ 1L soluté en perfusion IV continue ____ mL/h Administrer à 4 degrés ad température corporelle visée puis température ambiante Servi par le magasin OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence	IV Commun			
SODIUM CHLORURE 0,9 % 250 mL soluté (NaCl) 250 ML IV de soluté refroidi à 4 degrés en bolus répétable aux 15 min X 2 Si température corporelle est égale ou supérieure à ____ après 4 h de refroidissement Servi par le magasin OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence irritation locale-sensation de brulure	IV Commun			
POTASSIUM CHLORURE 20 meq/100 mL eau mini-sac 20 MEQ = 100 mL IV selon kaliémie Administrer chaque mini-sac en 1 heure Si potassium de 2,9 mmol/L ou moins: administrer 3 mini-sacs Si potassium de 3 à 3,4 mmol/L : administrer 2 mini-sacs DVI requise OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence nausees,vomissement,diarr-hyperkaliemie-flatulence-malaise gastro-intestinal	IV 	prn DVI ____ ____	prn DVI ____ ____	prn DVI ____ ____

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

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

OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence



PROFIL PHARMACOLOGIQUE (F.A.D.M.)

CISSMO Jardins Roussillon

Hôpital Anna-Laberge

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.			
POTASSIUM CHLORURE 20mEq/15mL sol. orale 15 mL TNG Cabinet 40 MEQ = 30 mL via tube nasogastrique Si potassium supérieur à 3,4 mmol/L et inférieur à 3,7 mmol/L OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence nausees, vomissement, diarr-hyperkaliemie-flatulence-malaise gastro-intestinal		prn	prn	prn
CALCIUM GLUCONATE 0,232mmol/mL (1g/10mL) fiole IV Cabinet 1000 MG = 10 mL via minisac pour 1 dose si calcium ionisé inférieur à 0,9 mmol/L Dans 50 mL de NaCl 0,9 % ou D5% en 30 minutes Ne pas administrer en même temps que phosphate de potassium OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence nausees et vomissements-arythmies cardiaques-constipation-gout metallique	HR	prn DVI _____	prn DVI _____	prn DVI _____
FAMOTIDINE 20 mg/2 mL sol. inj. fiole IV 20 MG = 2 mL IV direct aux _____ heures Rediluer ad 10 mL avec NaCl 0,9% et administrer en 2 minutes Réfrigérer/craint la lumière Si clairance supérieure à 50 mL/min OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence nausees et vomissements-diarrhee-céphalées-etourdissement				
PANTOPRAZOLE 40 mg pd inj. (Pantoloc) IV Cabinet 40 MG = 10 mL IV direct 1 fois par jour Injecter lentement en 2 minutes Reconstituer la fiole avec 10 mL NaCl 0.9% INCOMPATIBLE AVEC TOUT MEDICAMENT OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence prurit-céphalées-etourdissement-asthenie			08:30	
ROCURONIUM 10 mg/mL inj. 5 mL (ALERTE ÉLEVÉE) (Zemuron) IV Commun ____ MG = ____ IV direct aux heures si frissons Ne pas rediluer Réfrigérer S'assurer que l'usager est bien sédationné OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence faiblesse musculaire-apnee	HR	prn DVI _____ DVI _____ DVI _____	prn DVI _____ DVI _____ DVI _____	prn DVI _____ DVI _____ DVI _____

(R) REFUS

(RT) RETRAIT

(AR) AUTRE RAISON

(RX) RAYON-X

(SO) SALLE D'OPÉRATION

(AA) AUTO-ADMINISTRATION

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

OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence



PROFIL PHARMACOLOGIQUE (F.A.D.M.)

CISSMO Jardins Roussillon

Hôpital Anna-Laberge

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.			
MEPERIDINE 50 mg/mL 1mL sol inj (Demerol) 25 MG = 0.5 mL IV direct aux 20 minutes si frissons (max: 100 mg/24h) Administrer lentement en 5 minutes Compléter jusqu'à 3 mL avec NaCl 0,9% Narco sous clé OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence nausees et vomissements-constipation-etourdissement- **INSC ANALG SI REQUIS**		IV Cabinet	prn	prn	prn
PARAFFINE/HUILE MIN. pom.opht. (#12) (Lacrilube) appliquer dans les 2 yeux aux 2 heures si sécheresse oculaire Jeter 28 jours après ouverture OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence vision brouillée-photophobie-enflure des paupieres-picotement		OPH	prn	prn	prn
Init.: _____ Heure: _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales OU écrire la nouvelle ordonnance et vos initiales.				

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

Précautions lors de la manipulation Précautions grossesse et allaitement

Cytotoxique

Haut risque

OIPI-867 Hypothermie thérapeutique SI et Urgence



PROFIL PHARMACOLOGIQUE (F.A.D.M.)

CISSMO Jardins Roussillon

Hôpital Anna-Laberge

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

Init. Signature

Init. Signature

Init. Signature

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

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