

Hôpital Anna-Laberge

Nom, Prénom:

Chambre:

Allergie(s):

Médecin:

Dossier:

Pavillon

Naissance:

Intolérance(s):

Âge:

Poids (kg):

Remarques:

Vaccin:

Taille (cm):

*** Valide du _____ à 00:00 au _____ à 23:59 ***			
Nom générique du médicament/présentation (Synonyme)	Voie d'adm.	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)
ACETAMINOPHENE 80 mg/mL gouttes pédiatriques (Tylenol) PO 10 mg/kg = _____ mg par la bouche pour 1 dose Si douleur 3/10 ou plus post naissance par accouchement vaginal assisté ou dystocie des épaules Si une 2e dose semble nécessaire après 6h, contacter le md OC-6088 Soins/surveillance du nouveau-né de 35 sem. et plus urticaire-rash-dommages hépatiques			
DEXTROSE gel 31g tube (Insta-glucose) PO Administrar 0,5 mL/kg/dose selon glycémie Au même moment qu'un boire ou un allaitement Max: 3 doses OC-6089 Dépistage/prise en charge hypoglycémie nouveau-né			
Sucrose solution de 24 % PO Dose selon le poids. Dose : _____ mL = _____ gouttes 1re dose 2 min avant la procédure sur la face antérieure de la langue. 2e dose juste avant de débiter la procédure. Évaluer la pertinence de donner une 3e dose durant procédure en respectant le délai minimal de 2 min entre chaque dose. Administrer lentement goutte à goutte. Valide x 24 h OC-6011 Sucrose pour prévenir et soulager douleur nouveau-né			
ERYTHROMYCINE 0,5% pom.oph.1g (#12) (Ilotycine) OPHT appliquer (1 cm) dans les 2 yeux pour 1 dose dans les 2 premières heures de vie OC-6088 Soins/surveillance du nouveau-né de 35 sem. et plus prurit-erytheme			
PHYTONADIONE 1 mg/ 0,5 mL inj. (Vitamine K1) IM 1 MG = 0,5 mL en injection intramusculaire pour 1 dose Administrer dans les 6 premières heures de vie pour les nouveaux-nés de plus de 2 kg OC-6088 Soins/surveillance du nouveau-né de 35 sem. et plus troubles du gout-erytheme-irritation gastrique-rash			

(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

Hôpital Anna-Laberge

Nom, Prénom:

Allergie(s):

Intolérance(s):

Remarques:

Médecin:

Naissance:

Âge:

Vaccin:

Chambre:

Dossier:

Pavillon

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