

Nom, Prénom:

Allergie(s):

Intolérance(s):

Remarques:



Chambre:

Naissance:

RAMQ:

Créat.:

CI creat. :

Dossier:

Sexe:

Poids (kg):

Taille (cm):

Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm.	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
À SUIVRE PAR LE PERSONNEL INFIRMIER remarques Vérifier la MAGNÉSÉMIE, PHOSPHATÉMIE, KALIÉMIE de l'usager Se référer à l'OIPI-992 Électrolytes selon échelle Ordonnance valide pour ____ jours Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29				
MAGNESIUM SULFATE 500 mg/mL 10 mL anticonvulsivants divers 2000 MG = 4 mL IV via minisac x 2 doses si magnésémie inférieure à 0,5 mmol/L Dans 50 mL de NaCl 0,9%. Administrer chaque sac en 2 heures Ordonnance valide pour ____ jours La DVI est requise pour toutes les doses OIPI-992 : Électrolytes paralysie (periodique)-transpiration-rougeurs-hypotension Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29	IV Cabinet 			
MAGNESIUM SULFATE 500 mg/mL 10 mL anticonvulsivants divers 2000 MG = 4 mL IV via minisac pour 1 dose si magnésémie entre 0,5 et 0,65 mmol/L Dans 50 mL de NaCl 0,9%. Administrer en 2 heures Ordonnance valide pour ____ jours La DVI est requise pour toutes les doses OIPI-992 : Électrolytes paralysie (periodique)-transpiration-rougeurs-hypotension Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29	IV Cabinet 			
PHOSPHATE de SODIUM PO4:3mmol/mL 10 mL agents suppléance 30 mmol = 10 mL IV via soluté pour 1 dose si PO4 inf à 0,6 et K sup à 4 Ordonnance valide pour ____ jours. Perfuser dans NaCl 0,9%. Dans 500 mL (périphérique) ou 250 mL (centrale) en 4 heures La DVI est requise pour toutes les doses Contient aussi Na+ 4 mmol / mL OIPI-992 Électrolytes Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29	IV 			

(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

Nom, Prénom:

Allergie(s):

Intolérance(s):

Remarques:



Chambre:

Naissance:

RAMQ:

Créat.:

CI creat. :

Dossier:

Sexe:

Poids (kg):

Taille (cm):

Nom générique du médicament/nom commercial courant	Voie d'adm	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
PHOSPHATE de POTASS.Pho:3mmol/mL 15 mL agents suppléance 30 mmol = 10 mL IV via soluté pour 1 dose si PO4 inf à 0,6 et K inf ou égal à 4 Ordonnance valide pour ____ jours. Perfuser dans NaCl 0,9% Dans 500 mL (périphérique) ou 250 mL (centrale) en 4 heures Contient aussi K+ 4.4 mmol / mL Jeter toute portion restante.DVI requise pour toute dose OIPI-992 : Électrolytes Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29	IV Cabinet 			
PHOSPHATE de SODIUM PO4:3mmol/mL 10 mL agents suppléance 15 mmol = 5 mL IV via soluté pour 1 dose si PO4 entre 0,6 et 0,89 et K sup à 4 Ordonnance valide pour ____ jours. Perfuser dans NaCl 0,9% Dans 250 mL (périphérique) ou 100 mL (centrale) en 2 heures La DVI est requise pour toutes les doses Contient aussi Na+ 4 mmol / mL OIPI-992 : Électrolytes Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29	IV 			
PHOSPHATE de POTASS.Pho:3mmol/mL 15 mL agents suppléance 15 mmol = 5 mL IV via soluté pour 1 dose si PO4 entre 0,6 et 0,89 et K inf ou égal à 4 Ordonnance valide pour ____ jours. Perfuser dans NaCl 0,9% Dans 250 mL (périphérique) ou 100 mL (centrale) en 2 heures Contient aussi K+ 4.4 mmol / mL Jeter toute portion restante.DVI requise pour toute dose OIPI-992 : Électrolytes Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29	IV Cabinet 			
POTASSIUM CHLORURE 20 mEq (1500 mg) co LA (K-Dur) agents suppléance 40 MEQ = 2 comprimé(s) par la bouche selon kaliémie Ordonnance valide pour ____ jours Kaliémie de 3 à 3,4 : 40 mEq q 30 min x 2 doses Kaliémie inf à 3 : 40 mEq q 30 min x 3 doses Pour chaque 15 mmol de phosphate de potassium administré, soustraire 20 mEq de potassium. Avaler co entiers avec repas OIPI-992 : Potassium choix entre co, sol orale ou IV nausée,vomissement,diarr-hyperkaliémie-flatulence-malaise gastro-intestinal Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29	PO Cabinet	PRN	PRN	PRN

(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

Nom, Prénom:
Allergie(s):



Chambre:

Naissance:

Dossier:

RAMQ:

Sexe:

Créat.:

Poids (kg):

CI creat. :

Taille (cm):

Intolérance(s):

Remarques:

Nom générique du médicament/nom commercial courant		Voie d'adm.	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
POTASSIUM CHLORURE 20mEq/15mL sol. orale 500 mL agents suppléance 40 MEQ = 30 mL par la bouche selon kaliémie Ordonnance valide pour ____ jours Kaliémie de 3 à 3,4 : 40 mEq q 30 min x 2 doses Kaliémie inf à 3 : 40 mEq q 30 min x 3 doses Pour chaque 15 mmol de phosphate de potassium administré, soustraire 20 mEq de potassium. Ds 120 mL jus/eau avec repas OIPI-992 : Potassium choix entre co, sol orale ou IV nausée, vomissement, diarr-hyperkaliémie-flatulence-malaise gastro-intestinal Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29		PO	PRN	PRN	PRN
POTASSIUM CHLORURE 20 meq/100 mL eau mini-sac agents suppléance 20 MEQ = 100 mL intraveineux selon kaliémie Ordonnance valide pour ____ jours Kaliémie de 3 à 3,4 : 20 mEq q 2 h x 2 doses Kaliémie inf à 3 : 20 mEq q 2 h x 3 doses Pour chaque 15 mmol de K ₂ PO ₄ adm, soustraire 20 mEq de K ⁺ DVI requise. Admin chaque minisac en 1 h. Voie centrale de préférence. OIPI-992: Potassium choix entre co, sol orale ou IV nausée, vomissement, diarr-hyperkaliémie-flatulence-malaise gastro-intestinal Début : 2025-10-29 (17:04) Fin : 2053-03-15 (23:59) Dern date service : 2025-10-29		IV Cabinet 	PRN	PRN	PRN
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

Nom, Prénom:
Allergie(s):



Chambre:

Naissance:

Dossier:

RAMQ:

Sexe:

Créat.:

Poids (kg)

CI creat. :

Taille (cm).

Intolérance(s):

Remarques:

Nom générique du médicament/nom commercial courant		Voie d'adm.	(00:00-07:29)	(07:30-15:29)	(15:30-23:59)
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.				

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 ⚠ HR Haut risque