

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

INDUCTION / STIMULATION DU TRAVAIL OCYTOCINE 40 UNITÉS / LITRE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

**** Utiliser lorsque la dose de 30 milliunités/minute est atteinte ****

Induction ou stimulation du travail (double concentration)

- ✓ Installer un soluté secondaire : NaCl 0,9% 1000 mL avec **ocytocine 40 unités** sur pompe volumétrique
- ✓ Effectuer la double vérification indépendante (DVI)

Ocytocine à FAIBLE dose

Initiales md

Débuter la perfusion à une dose initiale de 30 milliunités/minute
Augmenter de 2 milliunités/minute chaque : ☐ 15 minutes
☐ 30 minutes

Ocytocine à HAUTE dose

Initiales md

Débuter la perfusion à une dose initiale de 30 milliunités/minute
Augmenter de 4 milliunités/minute chaque 30 minutes.

- ✓ Augmenter le débit jusqu'à l'obtention d'un travail actif soit l'établissement de contractions régulières et d'intensité adéquate (fréquence chaque 2 à 3 minutes, d'une durée de 45 à 60 secondes et d'une intensité de modérée à élevée). S'assurer du relâchement utérin adéquat par palpation entre les contractions (de 30 secondes ou plus).

Tableau de conversion de débit/dose

Perfusion IV d'ocytocine **40 unités/1000 mL NaCl 0,9%**

3 mL/heure = 2 milliunités/minute

Ocytocine Double concentration FAIBLE dose	
Dose (milliunités/minute) (↑ 2 milliunités/minute)	Débit (mL/heure) (↑ 3 mL/heure)
30 milliunités/minute	45 mL/heure
32 milliunités/minute	48 mL/heure
34 milliunités/minute	51 mL/heure
36 milliunités/minute	54 mL/heure
38 milliunités/minute	57 mL/heure
40 milliunités/minute	60 mL/heure
42 milliunités/minute	63 mL/heure

Ocytocine Double concentration HAUTE dose	
Dose (milliunités/minute) (↑ 4 milliunités/minute)	Débit (mL/heure) (↑ 6 mL/heure)
30 milliunités/minute	45 mL/heure
34 milliunités/minute	51 mL/heure
38 milliunités/minute	57 mL/heure
42 milliunités/minute	63 mL/heure

Date et heure (aaaa/mm/jj) _____ Signature du médecin _____ # permis _____

☐ Fax envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)