

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom, Prénom de la mère : _____

INSULINE SOUS-CUTANÉE SELON ECHELLE GLYCÉMIQUE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Note : L'échelle glycémique est une mesure temporaire qui peut être utilisée

- En supplément à la médication usuelle (insuline à longue action ou hypoglycémisants oraux) chez l'usager avec hyperglycémie;
- Pour les usagers diabétiques dont les besoins en insuline sont inconnus;
- Pour les usagers diabétiques de type 1, ne jamais utiliser une échelle seule.

FRÉQUENCES DES GLYCÉMIES CAPILLAIRES

AC : Avant de manger NPO : Nil per os

☐ QID AC et HS ☐ TID AC ☐ q 6 h (6 h, 12 h, 18 h, 24 h) Si NPO, sous-alimentation entérale ou parentérale

INSULINE

_____ Insuline **régulière** SC (Humulin R^{MC} ou Novolin ge Toronto^{MC}), administrer **30 minutes avant** le repas ou HS

Initiales _____

_____ Insuline **rapide** lispro SC (Admelog^{MC}), administrer **immédiatement** avant le repas ou HS

Initiales _____

POSOLOGIE

- ☐ QID (matin, midi, soir, coucher) et ½ dose HS ☐ QID (matin, midi, soir, coucher) et **PLEINE** dose HS
- ☐ TID (matin, midi, souper) et **PAS** d'insuline HS (recommandé pour les usagers sous corticothérapie DIE à haute dose)
- ☐ ½ dose si NPO
- ☐ q 6 h (6 h, 12 h, 18 h, 24 h)

Pour toutes les échelles, si la dose à administrer est égale à 1, omettre la dose
Si alimentation parentérale ou gavage cessé plus d'une heure, aviser le médecin
Pour le traitement de l'hypoglycémie, se référer à l'ordonnance collective en vigueur

Dosage : veuillez apposer vos initiales au-dessus de la colonne souhaitée	Initiales _____	Initiales _____	Initiales _____
Glycémie (mmol/L)	Dose faible DB1/LADA ou DB2 sans ou avec peu d'insuline	Dose intermédiaire DB2 avec forte dose insuline	Dose spécifique
Inférieure à 4	Traitement d'hypoglycémie, si persiste après correction aviser médecin	Traitement d'hypoglycémie, si persiste après correction aviser médecin	Traitement d'hypoglycémie, si persiste après correction aviser médecin
4 à 7,4	0 unité	0 unité	0 unité
7,5 à 10	2 unités	4 unités	_____ unités
10,1 à 13,4	4 unités	8 unités	_____ unités
13,5 à 16,4	6 unités	10 unités	_____ unités
16,5 à 19,4	8 unités	12 unités	_____ unités
19,5 à 22	10 unités	16 unités	_____ unités
Supérieure à 22	12 unités et aviser médecin si glycémie suivante encore supérieure à 22	20 unités et aviser médecin si glycémie suivante encore supérieure à 22	_____ unités et aviser médecin si glycémie suivante encore supérieure à 22

DB1 : Diabète de type 1 LADA : Latent Autoimmune Diabetes in Adults DB2 : Diabète de type 2

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)