

Installation : _____

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

FORMULAIRE DE LIAISON OC TRANSVERSALES SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES

OC Complications et situations d'urgence: Se référer à OIPI-831

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Médecin répondant (médecin traitant ou médecin de garde) : _____

- ☐ J'ai procédé à l'évaluation de l'utilisateur identifié ci-dessus. Cet usager est admissible à recevoir le(s) médicament(s) identifié(s) par les initiales de l'infirmière. Aucune ordonnance individuelle du même médicament générique n'est présente au dossier.
- ☐ Je me suis référé(e) à la version intégrale de l'ordonnance collective disponible sur l'Intranet du CISSMO.
- ☐ L'utilisateur ne présente aucune contre-indication énoncée dans l'ordonnance collective.

OC-6028 Soulager la douleur et la fièvre par l'administration d'un analgésique / antipyrétique chez l'adulte et l'enfant de 3 mois et plus

Si poids supérieur ou égal à 44 kg

Acétaminophène 650 mg PO ou IR q 4 à 6 h PRN si douleur ou fièvre pour un maximum de 4 doses par 24 h

Initiales INF

Si poids inférieur à 44 kg et usager âgé de 3 mois et plus

Selon le poids, calculer **acétaminophène de 15 mg/kg PO ou IR q 4 à 6 h PRN** si douleur ou fièvre pour un maximum de 4 doses par 24 h

Initiales INF

***** Se référer à l'ordonnance collective pour les doses à administrer si poids inférieur à 44 kg *****

Validité : Cette ordonnance est valide pour 48 h

Date dernière initiation : _____

OC-6033 Soulager les nausées et les vomissements par l'administration d'un antiémétique chez la clientèle de 14 ans et plus

Usager de 14 à 74 ans, si poids de 40 kg et plus

DimenhyDRINATE (Gravol) 50 mg PO, IR ou IV q 6 h PRN

Initiales INF

Usager de 14 à 74 ans, si poids inférieur à 40 kg

DimenhyDRINATE (Gravol) 25 mg PO, IR ou IV q 6 h PRN

Initiales INF

Clientèle gériatrique, 75 ans et plus

DimenhyDRINATE (Gravol) 25 mg PO, IR ou IV q 6 h PRN

Initiales INF

Clientèle de tout âge atteinte de MPOC sévère ou décompensée

DimenhyDRINATE (Gravol) 25 mg PO, IR ou IV q 6 h PRN

Initiales INF

***** Utiliser la voie IV en milieu hospitalier seulement *****

Validité : Cette ordonnance est valide pour 48 h

Date dernière initiation : _____

OC-6034 Soulager les brûlures d'estomac par l'administration d'un antiacide chez la clientèle de 18 ans et plus

Hydroxyde d'aluminium et de magnésium (concentration 200 mg / 200 mg par 5 mL)

30 mL de suspension PO, 3 fois/jour PRN, 20 à 60 minutes après repas

Initiales INF

Validité : Cette ordonnance est valide pour 48 h

Date dernière initiation : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature de l'infirmier(ère)

permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

FORMULAIRE DE LIAISON OC TRANSVERSALES SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES (SUITE)

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

OC-6052 Prévenir et traiter la constipation chez la clientèle de 14 ans et plus

Cette ordonnance collective peut être initiée en présence d'un traitement sur une base régulière contre la constipation au profil pharmacologique, condition exceptionnelle spécifique à l'OC-6052.

Traitement préventif : PEG 3350 17 g PO DIE le matin pour 7 jours (maximum 34 g/jour)

Initiales INF

Traitement curatif : Dès le 3^e jour sans selle (*peut être administré en simultané avec traitement préventif*)

Initiales INF

3^e jour sans selle : Suppositoire de glycérine 2,7 g IR

4^e jour sans selle : Suppositoire de bisacodyl (Dulcolax) 10 mg IR

5^e jour sans selle :

- **Si absence de fécalome au toucher rectal :** 1 lavement phosphate de sodium (Fleet) 120 mL IR
Si non efficace après 2 h : répéter 1 lavement phosphate de sodium (Fleet) 120 mL IR avec tube rectal
Si non efficace après 2 h : aviser le médecin
- **Si présence de fécalome au toucher rectal :** xylocaïne en gelée 2 % IR. Attendre 10 min et effectuer curage rectal
Si non efficace : 1 lavement d'huile minérale (Fleet huileux) 120 mL IR avec tube rectal
Si non efficace après 2 h : aviser le médecin

***** Usager suivi en hémodialyse : Ne pas administrer de lavement au phosphate de sodium et se référer au médecin *****

Directives à l'administration du PEG 3350

- Administrer dans un liquide (125 à 250 mL) ou un aliment semi-liquide en assurant une hydratation adéquate.
- **En présence de dysphagie :** Diluer le PEG 3350 dans un yogourt lisse (*applicable pour les 3 consistances*) ou dans une compote de pommes (*applicable pour consistance nectar (B14) et miel (B10) seulement*). Ne pas diluer dans un liquide, même si liquide épaissi.

Validité : Cette ordonnance ne peut être appliquée à nouveau :

- Si moins de 7 jours entre 2 épisodes
- Si plus de 2 fois dans un même mois

Date dernière initiation : _____

OC-

Numéro

Titre de l'ordonnance collective

Prescription :

Initiales INF

Date dernière initiation : _____

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)