

Installation : _____

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

ORDONNANCE DE DÉTRESSE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Préalables : Pas de RCR ni de ventilation assistée tel que discuté avec l'usager et/ou ses proches

INDICATIONS :

- Détresse respiratoire ;
- Hémorragie aiguë massive;
- Douleur incontrôlable sévère.

CONTRE-INDICATIONS :

- Usager inconscient;
- Embarras respiratoire uniquement sans détresse;
- Dyspnée uniquement sans agitation;
- Allergie à l'un des médicaments ou ses composantes.

Cette ordonnance ne peut être subdivisée. Lorsqu'elle est appliquée, il faut administrer les médicaments un à la suite de l'autre. Cette ordonnance est répétable après un épisode de détresse.

Légende			Pharmacie communautaire
Quantité : Qté	Quantité totale : QT	Fraction : F	Servir : S
En réserve : R			Renouvellement : Ren
IN : intranasal			TM : transmuqueux
1	Benzodiazépine Midazolam 5 mg/mL Initiales md ☐ 5 mg ☐ 10 mg ☐ _____ mg Administrer SC ou préciser si autre voie d'administration : ☐ IN ☐ TM Administration IN : utiliser dispositif Teleflex Medical #MAD300 Recommandations • Si reçoit benzodiazépines PRN ou DIE ou poids inférieur à 70 kg = 5 mg • Si benzodiazépines supérieur à DIE ou poids supérieur ou égal à 70 kg = 10 mg • Dose plus élevée si reçoit déjà benzodiazépine à forte dose ou tolérance	X 1 dose et répéter 15 minutes plus tard, si non soulagé.	Servir seringues : ☐ Ou servir fioles : ☐ Qté : _____ Ren : _____ S : ☐ R : ☐
2	Opioides Morphine 10 mg/mL ☐ 5 mg SC (dose minimale) Initiales md ☐ _____ mg SC OU Hydromorphone 2 mg/mL ☐ 1 mg SC (dose minimale) Initiales md ☐ _____ mg SC Recommandation Prescrire 2 fois la dose en mg de l'entre dose. * S'assurer d'ajuster la dose selon l'évolution de l'entre dose.	X 1 dose et répéter 15 minutes plus tard, si non soulagé.	Servir seringues : ☐ Ou servir fioles : ☐ QT : _____ F : _____ S : ☐ R : ☐
3	Anticholinergique Scopolamine ☐ 0,4 mg SC Initiales md ☐ 0,6 mg SC ☐ 0,8 mg SC (dose maximale)	X 1 dose, ne pas répéter.	Servir seringues : ☐ Ou servir fioles : ☐ Qté : _____ Ren : _____ S : ☐ R : ☐

☐ Aviser médecin immédiatement après la première administration
☐ Aviser médecin après l'épisode de détresse
☐ Aviser médecin : _____

Nom du pharmacien : _____ Télécopieur : _____

Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé.

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