

Installation : \_\_\_\_\_

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

## ADMISSION COVID-19 MILIEU HOSPITALIER

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Allergies : \_\_\_\_\_ Clairance créatinine : \_\_\_\_\_ mL/min

### NIVEAU DE SOINS

Se référer à AH-744

### DIÈTE

- ☐ Régulière ☐ Contrôlée en glucides ☐ Hyposodique (2,3 g) ☐ NPO ☐ Restriction liquidienne \_\_\_\_\_ L/jour  
☐ Enrichie Autre : \_\_\_\_\_

### ORDONNANCES NON MÉDICALES

- Signes vitaux ☐ q 1 h ☐ q 4 h ☐ QID  
☐ Bilan ingesta-excreta q 8 h (recommandé chez la plupart des usagers)  
☐ Peser DIE (recommandé si insuffisance cardiaque, anasarque, cirrhose)  
☐ Bladder scan q 8 h PRN. Aviser le médecin si résidu supérieur à 350 mL  
☐ Cathétérisme q \_\_\_\_\_ h PRN

### OXYGÉNOTHÉRAPIE

- Débuter O<sub>2</sub> par lunettes nasales si SpO<sub>2</sub> inférieure à 92%, sauf si saturation de base diminuée connue  
Viser SpO<sub>2</sub> ☐ 92 à 96% **OU** ☐ 88 à 92% si rétention chronique de CO<sub>2</sub>  
☐ Privilégier position ventrale ou assise si possible  
☐ Aviser médecin si O<sub>2</sub> égal ou supérieur à 4 L/min ou rythme respiratoire supérieur à 28/min

Autre : \_\_\_\_\_

### ANALYSES SANGUINES À L'ADMISSION

- FSC, créatinine, urée, glucose, Na-K-Cl, ALT, PA, GGT, bilirubine totale, RNI, PTT, LDH, Ca, Mg, PO<sub>4</sub>, CRP, CK, gaz veineux, lactates,  
☐ Troponines  
☐ NT-Pro-BNP  
☐ D-dimères (à titre pronostic)

### ANALYSES SANGUINES QUOTIDIENNES

- FSC, créatinine, urée, glucose, Na-K-Cl, Ca, Mg, PO<sub>4</sub>, LDH, CRP, CK  
À faire ☐ DIE x \_\_\_\_\_ jours **OU** ☐ q 2 jours x \_\_\_\_\_, puis réévaluer  
*FSC minimum q 1 semaine si thromboprophylaxie*  
Autre analyse : \_\_\_\_\_

### MICROBIOLOGIE

- ☐ Bilan septique si température égale ou supérieure à \_\_\_\_\_ °C ☐ buccale ☐ rectale (si non fait depuis 48 heures)  
• Hémoculture x 2 q 20 min;  
• Culture d'expectorations;  
• Radiographie pulmonaire;  
• Analyse et culture d'urine si usager symptomatique

Autre culture : \_\_\_\_\_

### INVESTIGATIONS

- ☐ RX Poumons, renseignements cliniques : \_\_\_\_\_ ☐ ECG  
Autre imagerie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date et heure (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_ Signature du prescripteur

\_\_\_\_\_ # permis

☐ Envoyé par \_\_\_\_\_ (init.)

\_\_\_\_\_ Heure d'envoi : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init. inf.)

# ADMISSION COVID-19 MILIEU HOSPITALIER (SUITE)

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

## SOLUTÉ

À considérer si l'usager ne s'hydrate pas ou ne s'alimente pas adéquatement.

Privilégier un soluté isotonique de type Lactate Ringer chez la plupart des usagers.

\_\_\_\_\_ Lactate Ringer IV à \_\_\_\_\_ mL/h ☐ à réévaluer dans \_\_\_\_\_ h

Initiales

\_\_\_\_\_ NaCl ☐ 0,9% **OU** ☐ 0,45% IV à \_\_\_\_\_ mL/h ☐ à réévaluer dans \_\_\_\_\_ h

Initiales

\_\_\_\_\_ D5% avec NaCl ☐ 0,9% **OU** ☐ 0,45% IV à \_\_\_\_\_ mL/h ☐ à réévaluer dans \_\_\_\_\_ h

Initiales

\_\_\_\_\_ Ajout KCl 20 mmol/L de soluté ☐ à réévaluer dans \_\_\_\_\_ heures NB : le NaCl 0,45% avec KCl est non disponible au CISSMO

Initiales

\_\_\_\_\_ NS Lock (pour tous les usagers avec niveau de soins A/B/C si pas de soluté)

Initiales

\* Si niveau de soins A/B avec RCR, installer au moins 2 voies veineuses.

## CORTICOTHÉRAPIE pour 10 jours ou jusqu'à sortie de l'hôpital

Recommandée seulement si besoin de suppléments d'oxygène ou maladie sévère. Non requis si l'usager reçoit déjà une corticothérapie pour une autre indication.

\_\_\_\_\_ Dexaméthasone 6 mg PO DIE **OU**

Initiales

\_\_\_\_\_ Dexaméthasone 6 mg IV DIE

Initiales

En cas de grossesse :

\_\_\_\_\_ Prednisone 40 mg PO DIE

Initiales

**OU**

\_\_\_\_\_ Méthylprednisolone 32 mg IV DIE

Initiales

## ANTIBIOTHÉRAPIE recommandée seulement si suspicion de pneumonie bactérienne surajoutée à la COVID

(Ajustement posologique d'emblée par la pharmacie selon fonction rénale)

Suspicion de pneumonie acquise en communauté sans facteur de risque de Pseudomonas **OU**

Suspicion de pneumonie nosocomiale avec hospitalisation de moins de 5 jours sans facteur de risque de Pseudomonas

Ceftriaxone 2 g IV DIE

**ET**

Initiales

Azithromycine

☐ 500 mg PO x 1 dose,  
puis 250 mg PO DIE x 4 jours  
☐ 500 mg IV DIE

**OU** Si allongement QTc important remplacer l'azithromycine par

\_\_\_\_\_ Doxycycline 100 mg PO BID  
Initiales

Si allergie sévère aux pénicillines

\_\_\_\_\_ Moxifloxacin

Initiales

☐ 400 mg PO DIE en monothérapie

☐ 400 mg IV DIE en monothérapie, seulement si voie PO impossible

## Suspicion de pneumonie acquise en communauté avec risque de Pseudomonas

(Antibiothérapie IV à large spectre dans les 3 derniers mois, usager colonisé à Pseudomonas, MPOC sévère avec exacerbations fréquentes, bronchiectasies nombreuses, immunosuppression importante)

Pipéracilline-tazobactam

☐ 4,5 g IV q 6 h si Clcr supérieure à 40 mL/min  
☐ 4,5 g IV q 8 h si Clcr de 20 à 40 mL/min  
☐ 3,375 g IV q 8 h si Clcr inférieure à 20 mL/min  
☐ 2,25 g IV q 8 h si dialyse + 0,75 g IV post-HD

**ET**

Initiales

Azithromycine

☐ 500 mg PO x 1 dose,  
puis 250 mg PO DIE x 4 jours  
☐ 500 mg IV DIE

**OU** Si allongement QTc important remplacer l'azithromycine par

\_\_\_\_\_ Doxycycline 100 mg PO BID  
Initiales

\_\_\_\_\_ Date et heure (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_ Signature du prescripteur

\_\_\_\_\_ # permis

☐ Envoyé par \_\_\_\_\_ (init.)

\_\_\_\_\_ Heure d'envoi :

\_\_\_\_\_ Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init. inf.)

# ADMISSION COVID-19 MILIEU HOSPITALIER (SUITE)

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## Si allergie sévère aux pénicillines

Si choc anaphylactique, DRESS, SSJ, AGEP, anémie hémolytique ou néphrite interstitielle, administrer avec prudence et envisager une consultation en microbiologie-infectiologie.

|           |   |               |                                                                                     |                                                                      |
|-----------|---|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Initiales | { | Méropénem     | <input type="checkbox"/> 1 g IV q 8 h si Clcr supérieure à 50 mL/min                |                                                                      |
|           |   |               | <input type="checkbox"/> 1 g IV q 12 h si Clcr de 26 à 50 mL/min                    |                                                                      |
|           |   |               | <input type="checkbox"/> 500 mg IV q 12 h si Clcr de 10 à 25 mL/min                 |                                                                      |
|           |   |               | <input type="checkbox"/> 500 mg IV q 24 h si Clcr inférieure à 10 mL/min ou dialyse |                                                                      |
|           |   | <b>ET</b>     |                                                                                     |                                                                      |
|           |   | Azithromycine | <input type="checkbox"/> 500 mg PO x 1 dose, puis 250 mg PO DIE x 4 jours           | <b>OU Si allongement QTc important remplacer l'azithromycine par</b> |
|           |   |               | <input type="checkbox"/> 500 mg IV DIE                                              | <input type="checkbox"/> Doxycycline 100 mg PO BID                   |
|           |   |               |                                                                                     | Initiales                                                            |

## Suspicion de pneumonie nosocomiale avec hospitalisation de 5 jours et plus OU avec risque de Pseudomonas

(Antibiothérapie IV à large spectre dans les 3 derniers mois, usager colonisé à Pseudomonas, MPOC sévère avec exacerbations fréquentes, bronchiectasies nombreuses, immunosuppression importante)

|           |   |                          |                                                                          |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Initiales | { | Pipéracilline-tazobactam | <input type="checkbox"/> 4,5 g IV q 6 h si Clcr supérieure à 40 mL/min   |
|           |   |                          | <input type="checkbox"/> 4,5 g IV q 8 h si Clcr de 20 à 40 mL/min        |
|           |   |                          | <input type="checkbox"/> 3,375 g IV q 8 h si Clcr inférieure à 20 mL/min |
|           |   |                          | <input type="checkbox"/> 2,25 g IV q 8 h si dialyse + 0,75 g IV post-HD  |

## Si allergie sévère aux pénicillines

Si choc anaphylactique, DRESS, SSJ, AGEP, anémie hémolytique ou néphrite interstitielle, administrer avec prudence et envisager une consultation en microbiologie-infectiologie.

|           |   |           |                                                                                     |
|-----------|---|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Initiales | { | Méropénem | <input type="checkbox"/> 1 g IV q 8 h si Clcr supérieure à 50 mL/min                |
|           |   |           | <input type="checkbox"/> 1 g IV q 12 h si Clcr de 26 à 50 mL/min                    |
|           |   |           | <input type="checkbox"/> 500 mg IV q 12 h si Clcr de 10 à 25 mL/min                 |
|           |   |           | <input type="checkbox"/> 500 mg IV q 24 h si Clcr inférieure à 10 mL/min ou dialyse |

## Suspicion de pneumonie avec risque de SARM (usager colonisé SARM)

|           |                                                                                                                |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Initiales | Ajouter vancomycine* dose de charge _____ g IV x 1 dose (25 mg/kg, max 2 g)                                    |
| Initiales | Ajouter vancomycine* dose de maintien <input type="checkbox"/> _____ g IV q _____ h (15 à 20 mg/kg q 8 à 12 h) |
|           | <input type="checkbox"/> Posologie selon la pharmacie                                                          |
|           | * Dosage sanguin de la vancomycine et ajustement posologique par la pharmacie                                  |

## AUTRES TRAITEMENTS

OIPI-884 Tocilizumab ou sarilumab usager atteint de COVID-19

OIPI-908 Remdésivir – Usager atteint de COVID-19 hospitalisé

|                                                   |                           |                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| Date et heure (aaaa/mm/jj)                        | Signature du prescripteur | # permis                                    |
| <input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.) | Heure d'envoi : _____     | Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.) |

# ADMISSION COVID-19 MILIEU HOSPITALIER (SUITE)

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## THROMBOPROPHYLAXIE OU ANTICOAGULATION À DOSE THÉRAPEUTIQUE

**Usager hospitalisé dont l'état nécessite une oxygénation à haut débit ou une ventilation mécanique non invasive ou invasive : Remplir l'OIPI-714 Thromboprophylaxie**

**OU**

**Usager hospitalisé sans oxygénothérapie ou dont l'état nécessite une oxygénation à faible débit : une anticoagulation avec une héparine de faible poids moléculaire (HFPM) ou de l'héparine non fractionnée, à dose thérapeutique, devrait être offerte si ABSENCE de risque élevé de saignement majeur, selon les positions de l'INESSS – septembre 2024.**

Si PRÉSENCE de risque élevé de saignement majeur : Remplir l'OIPI-714 Thromboprophylaxie

\_\_\_\_\_ HFPM : \_\_\_\_\_ ☐ x 14 jours ☐ x \_\_\_\_\_ jours ☐ jusqu'à sortie de l'hôpital  
Initiales

Si Clcr inférieure à 20 mL/min et dose thérapeutique voulue, remplir l'OIPI-615-Héparine perfusion intraveineuse

## INSULINE SOUS-CUTANÉE SELON L'ÉCHELLE GLYCÉMIQUE

Échelle d'insuline : Remplir l'OIPI-629 Insuline sous-cutanée selon échelle glycémique

## AUTRE MÉDICATION

\_\_\_\_\_ Acétaminophène \_\_\_\_\_ mg PO/IR \_\_\_\_\_ ☐ régulier ☐ PRN si douleur ou fièvre  
Initiales

\_\_\_\_\_ Larmes artificielles 1 goutte dans les deux yeux TID PRN si sécheresse oculaire  
Initiales

\_\_\_\_\_ Polyéthylène glycol (Secaris) gel topique en application locale dans les narines TID PRN si sécheresse nasale  
Initiales

\_\_\_\_\_ Polyéthylène glycol (PEG 3350) 17 g PO DIE  
Initiales

\_\_\_\_\_ Sennosides \_\_\_\_\_ mg PO \_\_\_\_\_ ☐ régulier ☐ PRN  
Initiales

\_\_\_\_\_ Suppositoires de glycérine + bisacodyl q 3 j si pas de selle  
Initiales

\_\_\_\_\_ Vitamine D 1000 unités PO DIE  
Initiales

Autre : \_\_\_\_\_

## Remarques

- Regrouper l'administration de la médication, la prise des signes vitaux et les prélèvements
- Si prescrit, oseltamivir à cesser lorsque résultat SARS-CoV-2 positif et recherche d'influenza négative
- Durée de traitement est habituellement de 5 à 7 jours pour la pneumonie acquise en communauté et de 7 jours pour la pneumonie nosocomiale, sauf si complications (ex : bactériémie, empyème, abcès) ou présence de certains pathogènes (ex: *Pseudomonas*, *Staph. Aureus*, *Legionella*). Envisager une consultation en microbiologie-infectiologie si cas complexe ou évolution insatisfaisante.

\_\_\_\_\_ Date et heure (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_ Signature du prescripteur

\_\_\_\_\_ # permis

☐ Envoyé par \_\_\_\_\_ (init.)

Heure d'envoi : \_\_\_\_\_

Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init. inf.)