

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

ADMISSION COVID-19 CHSLD ET MILIEU HORS HOSPITALIER

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Niveau de soins	Constat de décès par l'infirmière
☐ Se référer à AH-744	☐ Se référer à CLI-60331
Diète ☐ Régulière ☐ Diète COVID-19 ☐ Enrichie ☐ Contrôlée en glucides ☐ Hyposodée (2,3 g) ☐ NPO Autre : _____ ☐ Restriction liquidienne _____ L/jour Texture : ☐ Régulière ☐ Tendre ☐ Molle ☐ Hachée ☐ Purée Consistance : ☐ Liquides clairs ☐ Légèrement épaissis (B18) ☐ Modérément épaissis (B10) ☐ Très épaissis (B4)	
Ordonnances non médicales Signes vitaux ☐ TID Autre : _____ ☐ Ingesta (suivi des Ingesta pour s'assurer de l'apport hydrique minimum de 1,5 Litres <u>ou</u> selon restriction liquidienne) ☐ Bladder scan _____ ☐ Aviser médecin si résidu supérieur à 350 mL ☐ Cathétérisme q _____ h PRN si globe vésical ou si résidu supérieur à _____ mL ☐ Installer sonde urinaire si cathétérisme effectué x 3	
Oxygénothérapie Débuter O ₂ par lunettes nasales si SpO ₂ inférieure à 92% (88% si MPOC) <u>ou</u> si inférieure à _____. Viser SpO ₂ ☐ 92 à 96% OU ☐ 88 à 92 % si MPOC ☐ Aviser médecin si O ₂ égal ou supérieur à 4 L/min ☐ Aviser médecin si rythme respiratoire supérieur à 25/min, se référer à l'OIPI-790 Ordonnance de détresse Autre : _____ Remplacer les nébuliseurs par l'utilisation d'un inhalateur avec aérochambre considérant le risque potentiel d'IMGA	
Analyses sanguines ☐ FSC ☐ Créatinine, urée, DFG ☐ Glucose ☐ Na-K-Cl ☐ Ca ☐ Mg ☐ PO ₄ ☐ RNI ☐ PT-PTT Autre : _____	
Microbiologie ☐ Bilan septique si température égale ou supérieure à _____ °C ☐ buccale ☐ rectale (si non fait depuis 48 heures) ☐ Analyse et culture d'urine ☐ Hémoculture x 2 q 20 minutes Autre culture : _____	
SOLUTÉ	
Favoriser hydratation PO, à considérer seulement si l'usager ne s'hydrate ou ne s'alimente pas adéquatement. _____ Salin Lock (Option à prioriser : Réhydratation du volume manquant sur une courte durée) 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 _____	
Envisager un transfert en Centre hospitalier si usager nécessite une antibiothérapie IV ou autre médication IV	

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

**ADMISSION COVID-19
CHSLD ET MILIEU HORS HOSPITALIER
(SUITE)**

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

CORTICOTHÉRAPIE

Recommandée seulement si besoin de suppléments d'oxygène ou maladie COVID-19 sévère.
Non requis si l'usager reçoit déjà une corticothérapie pour une autre indication.

_____ Dexaméthasone 6 mg PO DIE x 10 jours

Initiales

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

Amoxicilline-clavulanate 875 mg PO BID x 7 jours

☐ Clcr entre 10 et 29 mL/min : 500 mg PO BID ☒ Clcr inférieure 10 mL/min ou dialyse : 500 mg PO DIE

ET

Initiales

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

OU

_____ Doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours (favoriser si allongement QTc important en remplacement d'azithromycine)

Initiales

Si allergie sévère aux pénicillines

_____ Moxifloxacin 400 mg PO DIE x 7 jours en monothérapie

Initiales

AUTRES TRAITEMENTS

OIPI-INSSS Usage de nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid^{MC}) lors d'une infection active au SRAS-CoV-2

OIPI-906 Remdesivir – Usager atteint de COVID-19 ambulatoire ou hospitalisé pour une raison autre

THROMBOPROPHYLAXIE

Remplir OIPI-714 Thromboprophylaxie

_____ Pas de thromboprophylaxie

Initiales

ANTICOAGULOTHÉRAPIE PARENTÉRALE

Pour les usagers atteints de maladie modérée à sévère, il est recommandé de remplacer les anticoagulants oraux par une héparine de faible poids moléculaire à dose thérapeutique.

INSULINE SOUS-CUTANÉE SELON L'ÉCHELLE GLYCÉMIQUE

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

GESTION DES SYMPTÔMES

Remplir OIPI-788 Traitement de la douleur/toux/dyspnée en soins palliatifs

OIPI-789 Traitement des autres symptômes en soins palliatifs

AUTRE MÉDICATION

_____ Acétaminophène _____ mg PO/IR _____ ☐ Régulier ☐ PRN si douleur ou fièvre, max _____ mg

Initiales

Cesser acétaminophène régulier au jour 7 (ou 72 heures avant la date présumée de guérison)

_____ Dexlansoprazole 30 mg PO DIE

Initiales

Autre : _____

- Remarques**
- Regrouper l'administration de la médication, la prise des signes vitaux et les prélèvements
 - Éviter les AINS
 - Si prescrit, oseltamivir à cesser lorsque résultat SARS-CoV-2 positif et recherche d'influenza négative.

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

_____ Heure d'envoi :

_____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)