

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

OCTREOTIDE
PERFUSION INTRAVEINEUSE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATION

Hémorragie par rupture de varices œsophagiennes

POSOLOGIE

Dose de charge

_____ 50 mcg IV en 15 minutes

Initiales

Préparation : ajouter 50 mcg (0,5 mL de la fiole 100 mcg/mL) dans un minisac de 50 mL de NaCl 0,9%

Suivie de

Perfusion IV continue

_____ 50 mcg/h (10,1 mL/h)

Initiales

Préparation : ajouter 500 mcg (1 mL de la fiole 500 mcg/mL) dans un sac 100 mL de NaCl 0,9%

DURÉE

☐ 24 heures ☐ 48 heures ☐ 5 jours

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)