

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 COMPLICATIONS ET SITUATIONS D'URGENCE

OC Soulagement des symptômes : Se référer à l'OIPI-682

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

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

- ☐ J'ai procédé à l'évaluation de l'usager identifié ci-dessus. Cet usager est admissible à recevoir le(s) médicament(s) identifié(s) par les initiales de l'infirmière.
- ☐ Si une ordonnance individuelle du même médicament générique est présente au dossier, je me suis assuré de ne pas dépasser la dose maximale autorisée par l'ordonnance collective (situation exceptionnelle reliée à une situation d'urgence).
- ☐ Je me suis référé(e) à la version intégrale de l'ordonnance collective disponible sur l'Intranet du CISSMO.
- ☐ L'usager ne présente aucune contre-indication énoncée dans l'ordonnance collective.

OC-6035 Initier le traitement d'urgence lors d'une réaction anaphylactique

Épinéphrine 1mg/mL (1:1000) IM répéter q 5 à 15 minutes PRN

si la personne ne présente pas d'amélioration pour un **maximum de 3 doses**

Initiales INF

Poids : _____ kg / _____ lbs OU selon Âge : _____ (si poids non disponible) = _____ mL/dose

*** Se référer à l'ordonnance collective pour le tableau des doses à administrer ***

OC-6037 Administrer de la diphenhydrAMINE chez la clientèle de 14 ans et plus présentant des symptômes de réaction allergique légère à modérée

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

DiphenhydrAMINE (Benadryl) 50 mg PO q 6 h PRN (maximum 200 mg/jour)

Initiales INF

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

DiphenhydrAMINE (Benadryl) administrer 1 dose de 25 mg PO répétable dans 1 h si aucune signe de somnolence

Initiales INF

puis q 6 h PRN (maximum 50 mg / dose et 200 mg / jour)

Clientèle gériatrique, 75 ans et plus

DiphenhydrAMINE (Benadryl) administrer 1 dose de 25 mg PO répétable dans 1 h si aucune signe de somnolence

Initiales INF

puis q 6 h PRN (maximum 50 mg / dose et 200 mg / jour)

Validité : Cette ordonnance est valide pour 48 h

Date dernière initiation : _____

OC-6104 Administration d'un agent de reperméabilisation via un tube/bouton d'alimentation entérale

1 co/caps pancrélipase (Viokace 10 440, Cotazym 10 800 ou équivalent) **ET** 1 co 500 mg bicarbonate de sodium

Initiales INF

Administrer via le site d'administration du tube d'alimentation, clamber le tube et laisser agir 30 à 60 minutes

OC-

Numéro

Titre de l'ordonnance collective

Prescription : _____

Initiales INF

Date dernière initiation : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature de l'infirmier(ère)

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

FORMULAIRE DE LIAISON OC TRANSVERSALES COMPLICATIONS ET SITUATIONS D'URGENCE (SUITE)

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

OC-6067 Traitement de l'hypoglycémie chez la clientèle de 14 ans et plus

*** Se référer à l'ordonnance collective pour l'algorithme d'interventions en cas d'hypoglycémie ***

Personne consciente :

Hypoglycémie légère à modérée (glycémie capillaire entre 2,8 et 3,9 mmol/L)

Initiales INF Administrer 15 g de glucides : source alimentaire **OU** 3 co de Gluco5g **ou** 4 co de Dex4 **ou** ½ tube de glucose en gel
- Après 15 minutes, si glycémie demeure inférieure à 4 mmol/L : Répéter 15 g de glucides et aviser le médecin

Hypoglycémie sévère (glycémie capillaire inférieure à 2,8 mmol/L)

Initiales INF Administrer 20 g de glucides : source alimentaire **OU** 4 co de Gluco5g **ou** 5 co de Dex4
- Après 15 minutes, si glycémie demeure inférieure à 4 mmol/L : Répéter 15 g de glucides et aviser le médecin

*** Usager sous acarbose (Glucobay, Prandase) : traiter avec des comprimés de Gluco5g **ou** de Dex4 ***

Personne inconsciente :

Sans accès veineux : Glucagon intranasal 3 mg (Baqsimi)

Initiales INF Aviser immédiatement le médecin ou téléphoner le 911 (milieu hors hospitalier)

Avec accès veineux : Administrer 25 g IV (50 mL) de Dextrose 50 %

Initiales INF Aviser immédiatement le médecin ou téléphoner le 911 (milieu hors hospitalier)

Validité : Cette ordonnance est valide pour la durée de l'épisode

OC-6069 Initier le traitement d'urgence lors d'un surdosage d'opiacés par l'administration de la naloxone (Narcan) chez la clientèle de 14 ans et plus

Usager non naïf aux opiacés (prise d'opiacés depuis 7 jours et plus) :

Naloxone 0,1 mg IV, IM ou SC. **Aviser le médecin traitant ou de garde après la 1^{ère} dose administrée**

Initiales INF - Après 2 minutes, si absence de réponse ou amélioration partielle : Répéter 0,1 mg q 2 minutes PRN (max 4 doses)

IV : Administrer **1 mL** de la préparation diluée⁺ par dose (IV direct en 15 secondes)

SC ou IM : Administrer 0,25 mL par dose (sans dilution)

Usager naïf aux opiacés (prise d'opiacés depuis moins de 7 jours) :

Naloxone 0,4 mg IV, IM ou SC. **Aviser le médecin traitant ou de garde après la 1^{ère} dose administrée**

Initiales INF - Après 2 minutes, si absence de réponse ou amélioration partielle : Répéter 0,4 mg q 2 minutes (max de 4 doses)

IV : Administrer **4 mL** de la préparation diluée⁺ par dose (IV direct en 15 secondes)

IM ou SC : Administrer **1 mL** par dose (sans dilution)

⁺ **Dilution et présentation naloxone IV**

- **Ampoule** naloxone (0,4 mg /1 mL) : Diluer naloxone 0,4 mg (1 mL) dans 3 mL NaCl 0,9 % (préparation diluée = 0,1 mg/mL)

Validité : Cette ordonnance est valide pour la durée de l'épisode

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