

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

FUROSEMIDE INTRAVEINEUX - ORDONNANCE ET DEMANDE DE SERVICE CLSC

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Diagnostic

Diagnostic : _____

Demande de service : ☐ Soins courants ☐ Soins à domicile (SAD) ☐ Soins intensifs à domicile (SIAD)

Médicaments

_____ Furosémide _____ mg IV Administrer : _____ doses

Initiales _____ Fréquence : _____

Débuter (date): _____

Préparation et administration

Dose de 10 mg à 100 mg : administrer sans rediluer en 2 minutes

Dose de 101 à 160 mg : diluer la dose dans NaCl 0,9% jusqu'à un volume final de 20 mL, administrer en 20 minutes

Dose supérieure à 160 mg : diluer dans 50 mL de NaCl 0,9% et administrer à une vitesse maximale de 4 mg/minute

Laboratoires

☐ Na/K Fréquence : _____ Aviser si _____

☐ Créatinine Fréquence : _____ Aviser si _____

☐ BNP/pro-BNP Fréquence : _____ Aviser si _____

☐ _____ Fréquence : _____ Aviser si _____

Suivi

Le suivi sera assuré par : ☐ Infirmière clinicienne ☐ Infirmière praticienne spécialisée (IPS) ☐ Médecin traitant

☐ Médecin de garde pour le programme SIAD

Coordonnées pour suivi : Nom, prénom : _____ Titre : _____

Clinique : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Surveillance infirmière

- Signes vitaux (TA, FR, pouls et saturation) avant le début de la perfusion de furosémide IV
 - Ne pas administrer si TA systolique inférieure à 100 mmHg
- Surveiller l'usager durant la perfusion, reprendre des signes vitaux au besoin
- Surveiller les signes vitaux (SV) à la fin de la perfusion
- Surveiller l'apparition d'effets indésirables (céphalée, hypotension, nausée, vomissement) ou de réaction allergique
- Garder l'usager en observation 30 minutes après l'administration; prendre les signes vitaux complets à la fin de la période d'observation. Congé si absence d'effet indésirable ou de réaction allergique et si les SV sont stables.
- Maintenir la veine ouverte jusqu'à la fin de la période d'observation

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

FUROSEMIDE INTRAVEINEUX - ORDONNANCE ET DEMANDE DE SERVICE CLSC (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

Gestion des effets indésirables et des réactions allergiques

- **Durant la perfusion** : Si instabilité hémodynamique et diminution de la tension artérielle
 - Si diminution de la TA systolique entre 20 et 30 mmHg de la TA initiale **OU** si TA systolique inférieure à 90 mmHg
→ **Diminuer la vitesse d'administration de 50% et mesurer les SV aux 5 minutes jusqu'à stabilité**
 - Si changement de la TA systolique supérieure à 30 mmHg de la TA initiale : cesser la perfusion, assurer une surveillance étroite de l'usager et mesurer les SV aux 5 minutes. Aviser la personne désignée pour le suivi (p.1)
Dans l'impossibilité de rejoindre la personne désignée (médecin ou infirmière) :
 - Prendre les SV aux 5 minutes jusqu'à stabilité
 - Garder l'usager en observation 30 minutes
 - Après 30 min, congé si SV stables (TA systolique supérieure à 90 mmHg) et asymptomatique **OU** envisager transfert à l'urgence selon le jugement clinique.
 - Transmettre l'information sur l'événement au médecin traitant selon modalités de communication établies
- Réaction allergique de type anaphylactique : cesser la perfusion et se référer à l'ordonnance collective :
OC-6035 Initier le traitement d'urgence lors d'une réaction anaphylactique

Transmission de la demande

- Transmettre la télécopie au Guichet d'accès CLSC, voir coordonnées ci-dessous
- Transmettre la télécopie à la pharmacie communautaire de l'usager
- Faire une photocopie de l'ordonnance pour le dossier
- Remettre la copie originale à l'usager afin qu'il puisse la remettre à la pharmacie communautaire
- Aviser l'usager que le CLSC le contactera pour lui confirmer le rendez-vous

Guichet des cliniques ambulatoires de soins infirmiers CISSS de la Montérégie Ouest

Courriel guichet.casi.ciessmo16@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur 1-844-726-0004

Téléphone 450-510-0578

Service de support aux requérants

Où se procurer le furosémide IV pour votre traitement :

Vous devez vous procurer le furosémide IV à votre pharmacie avant la date prévue de votre rendez-vous.

Les solutions de furosémide IV seront facturées selon les modalités prévues de votre plan d'assurance médicaments. Conservez à la maison le furosémide IV selon les recommandations du pharmacien jusqu'au rendez-vous au CLSC.

Gestion des rendez-vous par le CLSC

- Le CLSC est responsable de fixer un rendez-vous afin que vous puissiez recevoir votre traitement de furosémide selon l'intervalle établi par votre médecin. On communiquera avec vous pour vous informer de la date de vos rendez-vous :
 - Rendez-vous pour les prises de sang
 - Rendez-vous pour l'administration de votre traitement