

Installation: _____

CONTENU NUTRITION PARENTERALE CENTRALE ORDONNANCE DU PHARMACIEN

Poids: _____ kg Taille: _____ cm

Surface corporelle (m²): _____

Allergie(s): _____

Dossier: _____

Nom, Prénom: _____

Chambre: _____

DÉPARTEMENT DE PHARMACIE							
Nutrition parentérale	#	☐ Amorce de traitement	☐ Modification d'ordonnance				
Diagnostic:		Ingrédients		Besoins quotidiens		Ordonnance	
Indication:		Solutés d'acides aminés et dextrose					
Poids calcul:	_____ kg	Acides aminés	0,8 à 2 g/kg/jour		g/jour		Kcal/j
Voie d'administration: centrale		Dextrose	3 à 8 g/kg/jour		g/jour		Kcal/j
Solution de NPT:		Electrolytes		mmol/jour		mmol/L	
#REF! _____ à		Phosphore	10 à 30 mmol/jour				
_____ mL/h _____ h/jour		Potassium	30 à 120 mmol/jour				
_____ mL/h _____ h/jour		Sodium	50 à 300 mmol/jour				
Volume sac: _____ mL/jour		Magnésium	5 à 15 mmol/jour				
		Calcium	3 à 6 mmol/jour				
		Acétate					
		Chlore	ratio habituel NaCl 1:1				
		Vitamines et oligoéléments					
Émulsion lipidique Smolipid 20% _____ à		MVI-12 adulte	10 mL/jour			mL/sac pair	
_____ mL/h _____ h/jour		Micro 6+	1 mL/jour			mL/sac pair	
Volume sac: _____ mL/jour		Sélénium	1 mcg/kg/jour			mL/sac pair	
		Zinc	6 à 15 mg/jour			mL/sac impair	
Nutrition parentérale fournit:		Vitamine K	10 mg/semaine (lundi)			mg/par 7 jours	
_____ Kcal/jour		Vitamine C	500 mg/jour per os			mg/jour	
		Acide folique	2,5 à 5 mg/jour per os			mg/jour	
☐ Pas soluté en cours		Émulsions Lipidiques					
☐ Suté:		Smoflipid 20%	0,5 à 1 g/kg/jour		g/jour		Kcal/j
Autres: _____							
Laboratoires: _____							
Et suivre le protocole de nutrition parentérale total							
_____		_____		_____			
Date et heure (AAAA-MM-JJ)		Signature du prescripteur		# permis			
☐ FAX envoyé par _____ (init.)		Heure d'envoi : _____		Ordonnance relevée par: _____ (init.inf)			