

Installation : _____

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

FORMULAIRE DE LIAISON

ORDONNANCES COLLECTIVES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

Médecin répondant (pédiatre de garde) : _____

- ☐ J'ai procédé à l'évaluation du nouveau-né dont le nom figure ci-dessus. Ce nouveau-né est admissible à recevoir le(s) médicament(s) identifié(s) par les initiales du prescripteur.
☐ Je me suis référé(e) à la version intégrale de l'ordonnance collective disponible sur le portail CISSMO.
☐ Le nouveau-né ne présente aucune contre-indication énoncée dans l'ordonnance collective.

OC-6088 Soins et surveillances du nouveau-né d'âge gestationnel de 35 semaines et plus

_____ Vitamine K 1 mg IM x 1 dans les 6 premières heures de vie (**poids supérieur à 2 kg**) → Poids de 2 kg et moins voir avec md

Initiales

_____ Érythromycine 0,5 % en pommade ophtalmique, appliquer 1 dose (1 cm) dans chaque œil dans les 2 premières heures de vie

Initiales

Mère AgHBs positive ou inconnu :

_____ Immunoglobuline anti-hépatite B 0,5 mL IM x 1 dans le vaste externe

Initiales

Administer dès que possible, dans les 12 premières heures de vie

Vaccin contre l'hépatite B : administrer dès que possible, dans les 12 premières heures de vie

Recombivax-HB (10 mcg/mL) 0,5 mL IM x 1 dans le vaste externe

OU

Si vaccin déjà administré, préciser date et heure : _____

Initiales

Engerix-B (20 mcg/mL) 0,5 mL IM x 1 dans le vaste externe

Gestion de la douleur chez le nouveau-né

_____ Acétaminophène 10 mg/kg PO x 1 soit _____ mg x 1

Initiales

Si naissance par accouchement vaginal assisté ou dystocie des épaules **ET** nouveau-né présente un score supérieur ou égal 3/10 selon l'échelle de FLACC

***Si une 2^e dose semble nécessaire 6 heures post 1^{ère} dose → Aviser le pédiatre**

OC-6089 Dépistage et prise en charge du nouveau-né vulnérable à l'hypoglycémie néonatale

_____ Glucose en gel (tube de 31 g) 0,5 mL/kg/dose PO soit _____ mL au même moment qu'un boire ou un allaitement,

Initiales

Maximum 3 doses

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**FORMULAIRE DE LIAISON
ORDONNANCES COLLECTIVES – NOUVEAU-NE
(SUITE)**

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

OC-6011 Administrer du sucre pour prévenir et soulager la douleur chez le nouveau-né et le nourrisson

Si poids inférieur à 1,5 kg

_____ Solution sucre 24% 0,024 g/dose PO : administrer 0,1 mL = 3 gouttes

Initiales

Si poids entre 1,5 kg et 2,5 kg

_____ Solution sucre 24% 0,072g/dose PO : administrer 0,3 mL = 8 gouttes

Initiales

Si poids supérieur à 2,5 kg et prématuré

_____ Solution sucre 24% 0,12 g/dose PO : administrer 0,5 mL = 13 gouttes

Initiales

Si poids supérieur à 2,5 Kg et né à terme/nourrisson

_____ Solution sucre 24% 0,24 g /dose PO : administrer 1 mL = 25 gouttes

Initiales

Directives à l'administration du sucre

Nombre maximal de doses par jour : 20 doses ou 10 interventions (selon le premier critère atteint)

- Administrer une 1^{ère} dose 2 minutes avant la procédure sur la face antérieure de la langue
- Administrer une 2^e dose juste avant de débiter la procédure
- Évaluer la pertinence de donner une 3^e dose durant la procédure en respectant un délai minimal de 2 minutes entre chaque dose
- Donner lentement du goutte à goutte

Charte de conversion pour la formulation de sucre Toot Sweet : une goutte équivaut à 40 microlitre. Si le produit utilisé diffère, valider la conversion auprès du fabricant.

Validité : Cette ordonnance est valide 24 heures

Date dernière initiation : _____
AAAA-MM-JJ HH : HH

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