Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

ADMISSION DIALYSE PERITONEALE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

MÉDICAMENT

_____ **Mupirocin 2% pommade topique** autour du site d'émergence du cathéter de dialyse péritonéale DIE (*à chaque changement de pansement*)
Initiales

_____ **Héparine 1000 unité/mL** (fiole 10 mL) : 1000 unités par litre de dialysat à chaque échange **PRN si présence de fibrine**
Initiales

_____ **Polyéthylène Glycol** (PEG 3350) 17 g PO DIE régulier – Omettre si diarrhée ou plus de 2 selles par jour
Initiales

Autre laxatif : _____

Prescription des échanges de dialyse DPAC (solutions, concentration, volume, heures des échanges)

_____

_____

_____

_____

_____

** SI AUTONOME, l'usager peut faire ses traitements de dialyse
** SI NON AUTONOME, l'usager est pris en charge par le personnel infirmier

TRAITEMENT

- Peser l'usager DIE
- Changer le pansement KTIP DIE selon protocole *OC-6079 Initier les soins et la surveillance du site d'émergence d'un cathéter de dialyse péritonéale*
  SI AUTONOME, l'usager peut faire ses changements de pansement

Compléter la feuille de suivi de dialyse péritonéale DIE

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