

Installation : \_\_\_\_\_

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

## NUTRITION PARENTERALE PAR VOIE PERIPHERIQUE

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm Clairance créatinine : \_\_\_\_\_ mL/min

**Allergie(s)** : ☐ aucune allergie connue ☐ arachides ☐ œufs ☐ poissons ☐ soya ☐ autre : \_\_\_\_\_

\*\*\* La préparation de SmofKabiven<sup>md</sup> Periphéral est **contre-indiquée** en présence d'une allergie aux **arachides, œufs, poissons** ou au **soya**

### INDICATION

Usager dénutri ou à risque de malnutrition **ET** répondant à au moins un des critères ci-dessous :

- ☐ Tube digestif non fonctionnel / Alimentation orale et nutrition entérale impossibles
- ☐ Nutrition entérale mal tolérée et insuffisante pour combler les besoins nutritionnels

### CRITÈRES D'UTILISATION DE LA NUTRITION PARENTÉRALE PAR VOIE PÉRIPHÉRIQUE (cocher au moins une indication)

- ☐ Durée prévue ou anticipée de la nutrition parentérale périphérique de 4 à 7 jours (jusqu'à un maximum de 10 jours)
- ☐ L'installation d'une voie centrale est non-souhaitable ou contre-indiquée
- ☐ L'usager est en attente de l'installation d'une voie centrale

### ORDONNANCES ET PRÉREQUIS

- ✓ Demande de consultation systématique ☒ Nutrition clinique
- ✓ Peser l'usager la journée de l'initiation (jour 1), puis 1 fois par semaine par la suite
- ✓ Analyses de laboratoire :
  - La journée de l'initiation (jour 1) et 1 fois par semaine (le lundi) par la suite : FSC, glucose, urée, créatinine, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, Ca ionisé, PO<sub>4</sub><sup>-</sup>, Mg<sup>++</sup>, lipase, ALT, bilirubine totale, phosphatase alcaline, GGT, cholestérol total, triglycérides, RIN
  - Jour 2, 3 et 4 : glucose, urée, créatinine, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, Ca ionisé, PO<sub>4</sub><sup>-</sup>, Mg<sup>++</sup>. Selon équipe traitante par la suite.
- ✓ Corriger les désordres électrolytiques avant de débiter la nutrition parentérale périphérique
- ✓ Réévaluer les solutés en cours avant de débiter la nutrition parentérale périphérique
- ✓ Compléter l'OIPI-629 insuline SC selon échelle glycémique pour le suivi et la prise en charge des glycémies

### COMPOSITION DE LA SOLUTION DE NUTRITION PARENTÉRALE PÉRIPHÉRIQUE :

| Solution 3 en 1 : Smofkabiven <sup>md</sup> Periphéral | Kcal/L total           | Glucose g/L     | Protéines g/L      | Lipides g/L |
|--------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|--------------------|-------------|
| Ac. Aminés 3,2% & 0,4% - Dextrose 7,1% - Lipides 2,8%  | <b>700</b>             | <b>71</b>       | <b>32</b>          | <b>28</b>   |
| <b>Électrolytes</b>                                    |                        |                 |                    |             |
| Na : 25 mmol/L                                         | Phosphate : 8,2 mmol/L | Cl : 22 mmol/L  | Ca : 1,6 mmol/L    |             |
| K : 19 mmol/L                                          | Acétate : 66 mmol/L    | Mg : 3,2 mmol/L | Zinc : 0,02 mmol/L |             |

Osmolarité : 850 mOsmol/L. Le produit est déjà à la limite d'osmolarité acceptable par voie périphérique, aucun ajout (électrolytes ou médicaments) n'est possible. Si réplétion nécessaire, prescrire et administrer les électrolytes séparément de la nutrition parentérale périphérique.

**Débit initial (mL/h) :** \_\_\_\_\_

Initiales Débit initial suggéré : 60 mL/h. Si l'usager est à risque de syndrome de réalimentation, débiter à 40 mL/h

✓ Si arrêt imprévu : Aviser le médecin traitant et suivre les glycémies capillaires q 6 h

**La durée maximale de la nutrition parentérale périphérique est de 10 jours, autrement prévoir une voie centrale**

Thiamine 300 mg IV DIE x \_\_\_\_\_ jours (max 5 jours). Pour la suite, réévaluer l'indication et prescrire si nécessaire

Initiales

Multivitamine 1 co PO ou par TNG DIE

Initiales

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Envoyé par \_\_\_\_\_ (init.)

Heure d'envoi : \_\_\_\_\_

Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init. inf.)