

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

INITIATION NUTRITION PARENTERALE TOTALE (NPT) PAR VOIE CENTRALE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Clairance créatinine : _____ mL/min

Allergie(s) : ☐ aucune allergie connue OU ☐ arachide ☐ œuf ☐ poisson ☐ soya ☐ autre : _____
La préparation de SMOFlipid^{MC} est **contre-indiquée** en présence d'une allergie aux **arachide, œuf, poisson** ou au **soya**.

INDICATION/CRITÈRES D'UTILISATION DE LA NUTRITION PARENTÉRALE PAR VOIE CENTRALE

TOUS les critères doivent être respectés :

- ☐ Usager dénutri au préalable OU faible apport prolongé prévu
- ☐ Contre-indication (préciser : _____) OU besoins non comblés par alimentation orale ou entérale (par tube)
- ☐ Durée de la nutrition parentérale anticipée supérieure à 5-7 jours
- ☐ Voie centrale en place OU installation prévue le _____ (date)

DEMANDE DE CONSULTATION SYSTÉMATIQUE

☒ Nutrition clinique ☒ Pharmacie

LABORATOIRES ET SOINS CLINIQUES

- ✓ **Poids** de l'usager la journée de l'initiation (jour 1), puis 1 fois par semaine par la suite (lundi)
- ✓ **Analyses de laboratoire** :
 - Jour 1 (la journée de l'initiation), puis 1 fois par semaine (lundi) : **BILAN NPT1** (FSC, RNI, PTT, Na⁺, K⁺, Cl⁻, glucose, urée, créatinine, CO₂ total, Ca ionisé, PO₄⁻, Mg⁺⁺, ALT, bilirubine totale, phosphatase alcaline, GGT, albumine, CRP, cholestérol total, triglycérides, bilan fer, ferritine, folate, vitamine B12)
 - Die du jour 2 à 5, puis 2 fois par semaine (mercredi et vendredi) : **BILAN NPT2** (Na⁺, K⁺, Cl⁻, glucose, urée, créatinine, PO₄⁻, Mg⁺⁺, CO₂ total, Ca ionisé)
- ✓ **Glycémies capillaires** : q 6 h (si échelle d'insuline désirée, compléter l'*OIPI-629 insuline SC selon échelle glycémique*)
Lors de l'arrêt de la NPT, ajouter mesure de la glycémie capillaire x 2 (1 heure et 2 heures après l'arrêt).
- ✓ **Dosage ingesta/excreta** : q 8 h
- ✓ **Signes vitaux** : BID et PRN selon l'état clinique de l'usager

COMPOSITION DE LA SOLUTION DE NUTRITION PARENTÉRALE CENTRALE

Pour prescrire, le pharmacien peut utiliser l'*OIPI-905 Contenu de la nutrition parentérale centrale – ordonnance du pharmacien*

1) SOLUTION DE BASE (en sélectionner une seule)

_____ Acides aminés 5% + dextrose 16,6%

initiales

_____ Acides aminés 5% + dextrose 10%

initiales

_____ Acides aminés 8% + dextrose 14%

initiales

2) CONTENU EN ÉLECTROLYTES

_____ **Formule suggérée (si aucune particularité au préalable)**

initiales

Sodium 80 mmol/L

Potassium 50 mmol/L

Phosphate 15 mmol/L

Magnésium 6 mmol/L

Calcium 2,32 mmol/L

Chlore 88 mmol/L

Acétate 83,5 mmol/L

_____ **Formule personnalisée**

initiales

Sodium _____ mmol/L

Potassium _____ mmol/L

Phosphate _____ mmol/L

Magnésium _____ mmol/L

Calcium _____ mmol/L

Chlore _____ mmol/L

Acétate _____ mmol/L

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

Installation : _____

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

INITIATION NUTRITION PARENTERALE TOTALE (NPT) PAR VOIE CENTRALE (SUITE)

3) AUTRES ADDITIFS

- ✓ Multivitamines (Multi-12) vitamine C 100 mg, vitamine A 3300 unités, vitamine D 200 unités, vitamine E 10 unités, thiamine (B1) 3 mg, riboflavine (B2) 3,6 mg, pyridoxine (B6) 4 mg, niacine (B3) 40 mg, acide pantothénique (B5) 15 mg, biotine (B8) 60 mcg, acide folique (B9) 400 mcg, cyanocobalamine (B12) 5 mcg
- ✓ Oligoéléments (Micro+6) zinc 5 mg, cuivre 1 mg, manganèse 0,5 mg, chrome 10 mcg, sélénium 60 mcg, iode 75 mcg
- ✓ Vitamine K 10 mg une fois par semaine, SAUF si usager sous anti vitamine K (warfarine)

Autre : _____

4) DÉBIT INITIAL ET PROGRESSION

_____ Débit initial _____ mL/h (suggéré entre 30 et 40 mL/h)

initiales **OU**

Progression des débits prévue (le dernier débit inscrit est celui à poursuivre)

_____ Jour 1 : _____ mL/h Jour 2 : _____ mL/h Jour 3 : _____ mL/h Jour 4 : _____ mL/h
initiales x _____ heures/jour x _____ heures/jour x _____ heures/jour x _____ heures/jour

- ✓ Si arrêt imprévu : installer un soluté dextrose 10% au même débit et aviser le médecin
- ✓ Si diminution du débit ou arrêt de la NPT chez l'usager traité à l'insuline : aviser le médecin pour l'ajustement des doses

ÉMULSION LIPIDIQUE

_____ SMOFlipid^{MC} 20% (huile de soya, triglycérides à chaîne moyenne, huile d'olive et huile de poisson)
initiales (OU Intralipid^{MC} seulement si allergie documentée à une composante du SMOFlipid^{MC})

_____ Débit initial _____ mL/h (suggéré entre 5 et 10 mL/h) x 12 heures/jour, à débiter au jour 2

initiales **OU**

Progression des débits prévue (le dernier débit inscrit est celui à poursuivre)

_____ Jour 1 : _____ mL/h Jour 2 : _____ mL/h Jour 3 : _____ mL/h Jour 4 : _____ mL/h
initiales x 12 heures/jour x 12 heures/jour x 12 heures/jour x 12 heures/jour

AUTRES

_____ Soluté complémentaire et débit : _____

initiales

_____ Thiamine _____ mg IV ☐ DIE ☐ BID ☐ TID x _____ jours

initiales

Autre : _____

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