

Installation : _____

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

INITIER ET AJUSTER DES TECHNIQUES D'ASSISTANCE À LA TOUX - INHALOTHÉRAPIE PNAVD

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

INDICATIONS

Chez les personnes atteintes de maladies neuromusculaires et restrictives qui ont une faiblesse ou incapacité mécanique des muscles respiratoires faisant en sorte qu'ils ont de la difficulté à tousser et expectorer leurs sécrétions pulmonaires chroniquement et/ou momentanément.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES (LVR, MAC, COUGH-ASSIST)	CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES SUPPLÉMENTAIRE (MAC)
- Détresse respiratoire sévère; - Hémoptysie récente; - Pneumothorax ou hémothorax récent (moins de 3 mois); - Instabilité cardiaque, arythmie de novo; - Pression intracrânienne augmentée; - Chirurgie oculaire récente (moins de 1 mois); - Chirurgie thoracique et abdominale récente (moins de 3 mois); - Refus de l'usager.	- Ostéoporose sévère; - Fracture des côtes ou autres conditions médicales impliquant les côtes; - Chirurgie abdominale ou thoracique récente

TRAITEMENT – PLAN PRÉVENTIF ET THÉRAPEUTIQUE D'ASSISTANCE À LA TOUX CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE ET ADULTE

Initiales _____ Initier le recrutement alvéolaire à l'aide d'un réanimateur manuel avec valve unidirectionnel (LVR) avec ou sans poussées abdominale, compressions costolatérales et thoraciques (MAC) selon [La technique d'assistance à la toux - Aides inspiratoire et expiratoire PNAVD](#)
→ 1 à 4 séances par jour de 3 à 5 cycles inspiratoire/expiratoire régulier ou plus si besoin
Attendre minimum 10 min entre chaque séance

Initiales _____ Initier une assistance à la toux avec un appareil mécanique ou sans poussées abdominale, compressions costolatérales et thoraciques (MAC) selon [La technique installation, utilisation et vérification d'un appareil In-Exsufflator PNAVD](#)
→ 1 à 4 séances par jour de 3 à 5 cycles inspiratoire/expiratoire régulier ou plus si besoin
Attendre minimum 10 min entre chaque séance

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

_____ Heure d'envoi :

_____ Ordonnance relevée par : _____ (init.)