

Installation : _____

Dossier : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

AMORCE D'HEMODIALYSE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

1. TRAITEMENT

☐ Hémodialyse ☐ HDF pré-dilution ☐ HDF post-dilution ☐ Poids sec visé : _____ kg

Fréquence : ☐ 3 fois par semaine ☐ Autre : _____

Dialyseur : ☐ Phylther HF15SD ☐ Evodial 1,6 ☐ Optiflux F200 NRe ☐ Autre : _____
☐ Fx120 Cordiax ☐ Evodial 2,2 ☐ Optiflux F250 NRe

Recette du dialysat :

Potassium : ☐ 2 mmol/L ☐ 2,5 mmol/L ☐ 3 mmol/L ☐ _____ mmol/L

Calcium : ☐ 1,25 mmol/L ☐ _____ mmol/L

Magnésium : ☐ 0,375 ou 0,5 mmol/L selon disponibilité ☐ 0,875 mmol/L ☐ 1 mmol/L
ou préciser : _____ mmol/L

Phosphate de sodium : ☐ _____ mmol/L

Glucose : ☐ 5,5 mmol/L

Bicarbonate : ☐ _____ mmol/L

Sodium : ☐ _____ mmol/L

Température : ☐ moins 0,5°C que température corporelle ☐ Autre : _____

	Durée (heure)	Débit sanguin (mL/min)	Débit dialysat (mL/min)	Ultrafiltration
Séance 1				
Séance 2				
Séance 3				
Séance 4				
Séance 5 et plus				

2. ANTICOAGULATION

_____ Débuter tinzaparine à la séance _____ selon OC-6023 Initier et ajuster l'anticoagulation du circuit extracorporel avec
Initiales tinzaparine per dialyse

_____ Sans anticoagulant

Initiales

_____ Irrigation : _____

Initiales

Autre : _____

3. ANALYSE ET EXAMEN COMPLÉMENTAIRE

* Se référer à l'OC-6001 Initier des analyses de laboratoires en hémodialyse

Autre : _____

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)