

Installation : _____

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

REPLETION DES ELECTROLYTES SOINS INTENSIFS

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

Cette ordonnance annule toute ordonnance antérieure de réplétion électrolytique de potassium, magnésium, phosphate

Maintenir cette ordonnance valide pour _____ jours. Aviser médecin si plus de 2 réplétions administrées en 24 heures.

Initiales _____ *Privilégier voie centrale pour l'administration

CONTRE-INDICATION

- Insuffisance rénale sévère (DFGe inférieure à 30 mL/h)
- Dialyse
- Anurie ou Oligo-anurie pour un débit urinaire < 30 mL/h

MAGNÉSIUM

Magnésémie inférieure à 0,5 mmol/L

_____ Magnésium 2 g dans 50 mL de NaCl 0,9% (ou sac commercial) x 2 doses. Administrer chaque sac en 2 h

Initiales _____

Magnésémie entre 0,5 et 0,65 mmol/L

_____ Magnésium 2 g dans 50 mL de NaCl 0,9% (ou sac commercial) et administrer en 2 h

Initiales _____

☐ Contrôler magnésémie _____ h post administration ☐ Aviser médecin si magnésémie inférieure à _____ mmol/L

PHOSPHORE

Choix de sel de phosphore selon kaliémie **Si kaliémie supérieure à 4 mmol/L** → donner phosphate de sodium (NaHPO₄)
Si kaliémie inférieure ou égale à 4 mmol/L → donner phosphate de potassium K₂HPO₄

Phosphatémie inférieure à 0,6 mmol/L

_____ Phosphate 30 mmol dans 250 mL (voie centrale) OU dans 500 mL (voie périphérique) de NaCl 0,9% IV en 4 heures x 1 dose

Initiales _____

Phosphatémie entre 0,6 et 0,89 mmol/L

_____ Phosphate 15 mmol dans 100 mL (voie centrale) OU dans 250 mL (voie périphérique) de NaCl 0,9% IV en 2 heures x 1 dose

Initiales _____

☐ Contrôler phosphatémie _____ h post administration ☐ Aviser médecin si phosphatémie inférieure à _____ mmol/L

POTASSIUM

* Si phosphate de potassium a été administré, en tenir compte et ajuster la dose : **pour chaque 15 mmol de phosphate déjà administré, soustraire 20 mEq de la dose de potassium à administrer.** Privilégier voie PO (sol. orale si TNG), voie IV si ulcère gastro-intestinal.

Kaliémie inférieure à 3 mmol/L

_____ KCl ☐ 40 mEq* PO q 30 min x 3 doses ☐ 20 mEq*/100 mL d'eau stérile IV en 1 heure (q 2h) x 3 doses

Initiales _____

Autre : _____

Kaliémie entre 3 et 3,4 mmol/L

_____ KCl ☐ 40 mEq* PO q 30 min x 2 doses ☐ 20 mEq*/100 mL d'eau stérile IV en 1 heure (q 2h) x 2 doses

Initiales _____

Autre : _____

☐ Contrôler kaliémie _____ h post administration ☐ Aviser médecin si kaliémie inférieure à _____ mmol/L

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

_____ Heure d'envoi :

_____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)