

Installation : _____

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

ADMISSION MEDECINE INTERNE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

SOLUTÉS

_____ Cathéter périphérique court à injection intermittente avec embout (salin lock)

Initiales

_____ Soluté _____ à _____ mL/h

Initiales

_____ Cesser tous les autres solutés prescrits antérieurement

Initiales

_____ Si diurèse inférieure ou égale à 240 mL q 8 h ou _____ mL/h x 2 h consécutives, administrer :

Initiales

_____ Bolus : ☐ NaCl 0,9 % OU ☐ Lactate Ringer _____ mL q _____ h Maximum _____ bolus

SYSTÈME NEUROLOGIQUE

_____ Acétaminophène ☐ 650 mg ☐ 1000 mg ☐ PO ☐ IR q 6 h PRN si douleur ou fièvre

Initiales

_____ Morphine _____ mg ☐ PO ☐ demi-dose SC q _____ h PRN si douleur

Initiales

_____ HYDROmorphine _____ mg ☐ PO ☐ demi-dose SC q _____ h PRN si douleur

Initiales

_____ Oxazépam 15 mg PO HS PRN (10 mg PO HS PRN si usager âgé de 75 ans et plus)

Initiales

_____ Quétiapine ☐ 12,5 mg ☐ 25 mg OU _____ mg PO ☐ BID PRN OU ☐ HS PRN

Initiales

_____ Halopéridol _____ mg ☐ PO ☐ IM q 6h PRN si agitation (Ne pas donner IM si usager anticoagulé)

Initiales

_____ Halopéridol _____ mg IV q 6 h PRN si agitation (valide aux soins intensifs seulement)

Initiales

_____ Lorazépam _____ mg PO q _____ h ☐ Régulier ☐ PRN

Initiales

_____ Lorazépam _____ mg IV q _____ h ☐ Régulier ☐ PRN si agitation (valide aux soins intensifs seulement)

Initiales

_____ Thiamine _____ mg ☐ IV _____ x _____ jours _____ mg ☐ PO _____ x _____ jours

Initiales

Autre : _____

SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE : initialer un seul choix **Aviser médecin si inefficace après 2 heures**

– Si TAS supérieure ou égale à _____ mmHg ou TAD supérieure ou égale à _____ mmHg, administrer :

_____ Captopril 25 mg PO q 6 h PRN

Initiales

_____ Labétalol 100 mg PO q 12 h PRN

Initiales

_____ Amlodipine 5 mg PO q 12 h PRN

Initiales

_____ Hydralazine 10 mg IV q 6 h PRN

Initiales

_____ Clonidine 0,05 mg PO q 6 h PRN

Initiales

_____ Labétalol 10 mg IV q 15 min PRN (max 80 mg/24h)

Initiales

_____ Hydralazine 10 mg PO q 6 h PRN

Initiales

Autre : _____

Potassium / Phosphate : Remplir OIPI-605 Potassium en fonction de la kaliémie / OIPI-706 Phosphate

Vasopresseurs / Inotropes : Remplir OIPI-796 Vasopresseurs / OIPI-647 Inotropes – Urgence et soins intensifs

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

ADMISSION MEDECINE INTERNE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

SYSTÈME RESPIRATOIRE

_____ Salbutamol 2 inhalations de 100 mcg q _____ h ☐ Régulier ☐ PRN si dyspnée
Initiales _____

_____ Salbutamol 2 inhalations de 100 mcg q _____ h ET 2 inhalations q 1 h PRN si dyspnée
Initiales _____

_____ Salbutamol 8 inhalations de 100 mcg q _____ h ☐ Régulier ET/OU ☐ PRN q _____ h si dyspnée/sibilances (*si intubation*)
Initiales _____

_____ Ipratropium 2 inhalations de 20 mcg QID avec aérochambre ☐ Régulier ☐ PRN si dyspnée
Initiales _____

_____ Ipratropium 8 inhalations de 20 mcg q 6 h ☐ Régulier ET/OU ☐ PRN q _____ h (*si intubation*)
Initiales _____

_____ Glycopyrronium 1 inhalation de 50 mcg DIE
Initiales _____

_____ Salbutamol 2,5 mg via nébuliseur q _____ h régulier ET q 1 h PRN si dyspnée
Initiales _____

_____ Ipratropium 250 mcg via nébuliseur q 6 h ☐ Régulier ☐ PRN si dyspnée
Initiales _____

Autre : _____

CORTICOTHÉRAPIE

_____ Methylprednisolone _____ mg IV q _____ h
Initiales _____

_____ Prednisone _____ mg PO DIE x _____ jours puis _____ mg PO DIE x _____ jours
Initiales _____

ou sevrage progressif, soit diminution _____ mg q _____ jours.

Autre : _____

SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

_____ Pantoprazole 40 mg IV DIE
Initiales _____

_____ Sennosides 8,6 mg PO ☐ DIE ☐ BID PRN si constipation
Initiales _____

_____ Polyéthylèneglycol (PEG) 17 g PO DIE ☐ régulier ☐ PRN si constipation
Initiales _____

_____ Ondansétron ☐ 4 mg ☐ 8 mg ☐ PO ☐ IV q 8 h si nausées ou vomissements
Initiales _____

_____ Dimenhydrinate ☐ 25 mg ☐ 50 mg ☐ PO ☐ IV q 6 h si nausées ou vomissements *non soulagés par ondansétron*
Initiales _____

Autre : _____

Gastro-intestinal : Remplir OIPI-619 Inhibiteurs de la pompe à protons

Insulinothérapie : Remplir OIPI-629 Insuline sous-cutanée selon échelle glycémique / OIPI-660 Insuline perfusion intraveineuse

Thromboprophylaxie : Remplir OIPI-714 Thromboprophylaxie médicale

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