



N° DE DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

Installation : _____

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE

médicale pharmacologique

**ADMISSION SOINS INTENSIFS
MÉDICALE**

| | | |
|----------------------|-------------------------------------|---|
| Milieu : Hospitalier | Secteur : Soins intensifs | No : X2-0330-OPI-996 Révisée : 2021-01-13 Résolution : 2021-0083 |
| Allergies : | Poids : | Taille : |
| Créatinine : | Clairance de la créatinine : mL/min | <input type="checkbox"/> Mesuré <input type="checkbox"/> Approximatif <input type="checkbox"/> Mesurée <input type="checkbox"/> Approximative |

Diagnostic _____.

Allergies _____.

Diète

- Progressive;
- NPO;
- Installer sonde orogastrique à moins d'avis médical contraire :
 - Sur gravité;
 - Succion douce intermittente;
 - Gavage _____ à _____ mL/h;
 - Consultation en nutrition.

Positionnement

- Tête de lit entre 30° et 45° en tout temps;
- Précautions cervicales et mobiliser en bloc;
- Autre : _____.

Signes vitaux

- Signes vitaux q _____ h;
- Signes neurologiques q _____ h;
- TVC q _____ h;
- Aviser si TAM inf ou égale à _____ TA systolique inf ou égale à _____.
- Aviser si urine inf ou égale à _____ mL/h X _____ h;
- Pression INTRA ABDOMINALE (PIA) q 8 h.

Ventilation

- OPI : X2-0330-OPI-084 Ventilation mécanique protectrice;
- OPI : X2-0330-OPI-082 Ventilation non invasive (VNI);
- OPI : X2-0330-OPI-083 Ventilation par relâchement de pression des voies aériennes (APRV);
- OPI : X2-0330-OPI-086 Ventilation mécanique conventionnelle;
- AI, sevrage selon tolérance pour volume total sup à _____ et fréquence respiratoire inf à _____;
- Optiflow pour saturation sup ou égale à _____ %;
- Autre: _____.

Nom :

Prénom :

Dossier :

Investigations à l'admission

- FSC;
- PT, PTT, INR;
- Gaz artériel q _____ h pour 24 heures;
- Gaz veineux q _____ h pour 24 heures;
- Électrolytes, urée, créatinine, Mg, PO₄;
- Bilirubine totale; ALT, phosphatase alcaline, GGT, lipase;
- CK, tropono;

Autres, si spécifiés par le médecin

- Triglycérides;
- Fibrinogène, D-dimères;
- ProBNP;
- Procalcitonine;
- CRP;
- Hémoculture X 2;
- Analyse et culture d'urine;
- Culture des sécrétions trachéales;
- Rx poumons;
- ECG;
- Autres : _____.

Investigations die pour 2 jours

- FSC;
- PT, PTT, INR;
- Gaz artériel;
- Gaz veineux;
- Électrolytes, urée, créatinine, Mg, PO₄;
- Bilirubine totale; ALT, phosphatase alcaline, GGT, lipase;
- CK, tropono;
- Rx poumons;
- ECG;
- Autres : _____.

- Soins de bouche q 4 h;
- Installer l'appareil de compression intermittente au niveau des mollets et des cuisses;
- Sonde urinaire;
- Glycémie capillaire qid (si insuline IV, voir annexe 1 dans : X2-0330-OPI-995 Admission soins intensifs pharmacologique);
- Consultation physiothérapie.

Autres prescriptions (précisez) :

- _____
- _____
- _____
- _____

Date

Heure

Signature du médecin

Initiales inf.

Date

Heure

Signature du pharmacien (si requis)

Faire une copie de l'ordonnance pour le dossier de l'utilisateur et acheminer l'original à la pharmacie (si nécessaire)