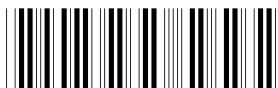




2.4 - Ordonnance pré-imprimée
Hémodialyse



* I C M 3 0 0 *

ORDONNANCES MÉDICALES / TRAITEMENT D'HÉMODIALYSE

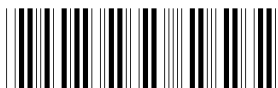
Date prévue de la dialyse	Durée	Débit sanguin	Dialyseur	Dialysat mmol/L				Anticoagulation du CEC ¹	Durant le traitement	UF nette OU Poids sec	Signature du médecin et date	Initiales inf.
			Optiflux ^{MD} 160 Optiflux ^{MD} 250 Evodia ^{MD}	K ⁺	Ca ²⁺	Mg ²⁺	Autres ajouts Na Phos	O : Sans F : Flush T : Totale S : Serrée P : Perfusion HP : Héparine personnalisé ²	Hémoculture			
				1	1,25	0,5			Albumine			
				2	1,25	0,5			Culot			
				3	1,25	0,75			Autres			

¹ Voir tableau « Anticoagulation du circuit extracorporel » au verso

² Spécifier la dose désirée d'héparine personnalisée dans l'encadré prévu au verso



2.4 - Ordonnance pré-imprimée Hémodialyse



* I C M 3 0 0 *

ANTICOAGULATION DU CIRCUIT EXTRACORPOREL (CEC)

LÉGENDE	ANTICOAGULATION	PRESCRIPTION
O	Sans anticoagulation	▪ Omettre l'ajout d'héparine. Amorçage du CEC avec NaCl 0,9 % sans ajout de la solution d'amorçage
F	Flush (rinçage)	▪ Rincer le CEC avec une solution de NaCl 0,9 % 100 mL chaque 30 minutes, des 30 premières minutes jusqu'aux 30 dernières minutes de la dialyse
P	Perfusion	▪ Poursuivre la perfusion d'héparine IV (100 unités/mL) en cours
T	Héparine standard Dose totale	▪ Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) 1 000 unités au début de la dialyse ▪ Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) 1 000 unités/h pour la durée de la dialyse
S	Héparine standard Dose serrée	▪ Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) 500 unités au début de la dialyse ▪ Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) 500 unités/h pour la durée de la dialyse
HP	Héparine standard Dose personnalisée	▪ Préciser la dose du bolus ainsi que la dose d'entretien d'héparine (1 000 unités/mL) désirée dans l'encadré ci-dessous

PRESCRIPTION DE L'HÉPARINE PERSONNALISÉE

#1	☐ Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités ☐ Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités/h ☐ Autre : _____	_____ Signature du médecin et date
#2	☐ Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités ☐ Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités/h ☐ Autre : _____	_____ Signature du médecin et date
#3	☐ Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités ☐ Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités/h ☐ Autre : _____	_____ Signature du médecin et date
#4	☐ Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités ☐ Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités/h ☐ Autre : _____	_____ Signature du médecin et date