

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				Autres ajouts	Anticoagulation du CEC ¹	Durant le traitement		UF nette	Signature du médecin et date	Initiales inf.
				K ⁺	Ca ²⁺	Mg ²⁺				Hémoculture	OU			
			Optiflux ^{MD} 160	1	1,25	0,5		O : Sans F : Flush T : Totale S : Serrée P : Perfusion HP : Héparine personnalisé ²	Hémoculture					
			Optiflux ^{MD} 250	2	1,25	0,5	Na		Albumine					
			Evodia ^{MD}	3	1,25	0,75	Phos		Culot					
									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**

ANTICOAGULATION DU CIRCUIT EXTRACORPOREL (CEC)

LÉGENDE	ANTICOAGULATION	PRESCRIPTION
O	Sans anticoagulation	<ul style="list-style-type: none"> Omettre l'ajout d'héparine. Amorçage du CEC avec NaCl 0,9 % sans ajout de la solution d'amorçage
F	Flush (rinçage)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre la perfusion d'héparine IV (100 unités/mL) en cours
T	Héparine standard Dose totale	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<input type="checkbox"/> Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités <input type="checkbox"/> Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités/h <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____ Signature du médecin et date
#2	<input type="checkbox"/> Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités <input type="checkbox"/> Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités/h <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____ Signature du médecin et date
#3	<input type="checkbox"/> Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités <input type="checkbox"/> Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités/h <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____ Signature du médecin et date
#4	<input type="checkbox"/> Bolus d'héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités <input type="checkbox"/> Dose d'entretien : Héparine (1 000 unités/mL) IV : _____ unités/h <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____ Signature du médecin et date