



ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

Aucune allergie connue : []
Allergies : _____
Intolérances : _____

| | | |
|------------|-------------|--------------------------------------|
| Poids (kg) | Taille (cm) | Surface corporelle (m ²) |
|------------|-------------|--------------------------------------|

Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE

FOPREC – 1539 – Clinique de diabète – ajustements infirmiers (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 140)
L'ordonnance collective peut être consultée au : <http://www.chusj.org/oc>

N.B. La présence de carrés(☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable. Veuillez cocher et inscrire la dose pour valider le choix. La ou les ordonnances non choisies sont raturées par le médecin prescripteur afin de confirmer leur non validité (donc non servies au patient).

LABORATOIRES

Test de cétone si glycémie supérieure à 15 mmol/L ☐ Capillaire ☐ Urinaire
Glycémie capillaire
☐ Matin ☐ 2 h après déjeuner ☐ Midi ☐ 2 h après dîner ☐ Souper ☐ 2 h après le souper ☐ Coucher
La nuit : ☐ 2 h ☐ 3 h ☐ 4 h

MÉDICAMENTS

Insulines ultrarapides : _____

☐ Matin : _____ unités **sous-cutané** ☐ Midi : _____ unités **sous-cutané**
☐ Souper : _____ unités **sous-cutané** ☐ Coucher : _____ unités **sous-cutané**

Insuline isophane : ☐ **Novolin^{md} ge NPH** ☐ **Humulin^{md} N**

☐ Matin : _____ unités **sous-cutané** ☐ Coucher : _____ unités **sous-cutané**

Insuline longue action : _____

☐ Matin : _____ unités **sous-cutané** ☐ Souper : _____ unités **sous-cutané**
☐ Coucher : _____ unités **sous-cutané**

Pompe à insuline modèle : _____

☐ Débit basal de _____ h à _____ h : _____ unités / heure
☐ Débit basal de _____ h à _____ h : _____ unités / heure

Ratio : ☐ Matin : 1 unité par _____ g de glucides ☐ Midi : 1 unité par _____ g de glucides
☐ Souper : 1 unité par _____ g de glucides ☐ Coucher : 1 unité par _____ g de glucides

Facteur de sensibilité : 1 unité pour _____ mmol/L 1 unité pour _____ mmol/L

Téléchargement de la pompe/ envoi des glycémies : ☐ dans _____ jours ☐ au besoin

☐ Glucagen Hypokit^{md} ☐ 0,5 mg (0,5 mL) si < 20 kg ou ≤ 5 ans ☐ 1 mg (1 mL) si ≥ 20 kg ou ≥ 6 ans **sous-cutané** au besoin
☐ Glucagon^{md} ☐ 0,5 mg (0,5 mL) si < 20 kg ou ≤ 5 ans ☐ 1 mg (1 mL) si ≥ 20 kg ou ≥ 6 ans **sous-cutané** au besoin
☐ Baqsimi^{md} 3 mg **intranasal** au besoin (4 ans et plus)

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|----|--|----|
| Renouvellements : | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 11 | | NR |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|----|--|----|

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------|
| Prescripteur (nom en lettres moulées) | Signature et numéro de permis | Date |
|---|--------------------------------------|-------------|

Transmission confidentielle par télécopieur (Norme 2008.01 OPQ)

Avis de confidentialité : Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu doit être protégé. Si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer l'expéditeur.
Certification du prescripteur : Je certifie que ce document est une ordonnance originale, le pharmacien identifié est le seul destinataire, l'**original N'EST PAS UTILISÉ**, il est conservé au dossier-patient du CHU Sainte-Justine.
Expéditeur - Nom : _____ **No. Télécopieur :** _____ **No. Téléphone :** _____
Télécopié au pharmacien (Nom) : _____ **No. télécopieur :** _____ **Date :** _____

