



INSTALLATION : \_\_\_\_\_

## ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

### ORDONNANCE D'ADMISSION NÉONATOLOGIE

Allergies médicamenteuses<sup>1</sup>/intolérances<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

ANNÉE	MOIS	JOUR	h

Date Heure

Poids<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ kg Taille<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ cm

ÂGE GESTATIONNEL : \_\_\_\_\_ semaines

BCM<sup>2</sup> COMPLÉTÉ : ☐ OUI ☐ NON-APPLICABLE

#### NUTRITION PARENTÉRALE TOTALE (NPT) DE DÉPART (31 + 6 semaines et moins ET/OU moins de 1500 g à la naissance)

NPT de départ : ☐ 70 mL/kg/jr soit \_\_\_\_\_ mL/h IV OU ☐ \_\_\_\_\_ mL/kg/jr soit \_\_\_\_\_ mL/h IV

Lipides (SMOFlipid 20 %) : ☐ 10 mL/kg/jr (2 g/kg/jr) soit \_\_\_\_\_ mL/h IV OU

☐ 5 mL/kg/jr (1 g/kg/jr) soit \_\_\_\_\_ mL/h IV OU

☐ \_\_\_\_\_ mL/kg/jr (\_\_\_\_\_ g/kg/jr) soit \_\_\_\_\_ mL/h IV

#### VITAMINES

☐ Vitamine D 400 unités PO DIE dès le jour 1 de vie si alimentation entérale débutée et aucune NPT

#### SOLUTÉS

☐ D10% ☐ Héparine 0,5 unité/mL \_\_\_\_\_ mL/kg/jr soit \_\_\_\_\_ mL/h IV

☐ D2,5% \_\_\_\_\_ mL/kg/jr soit \_\_\_\_\_ mL/h IV **TOUJOURS** en Y avec NPT

#### SOLUTÉ VIA CATHÉTER OMBILICAL ARTÉRIEL

☐ NaCl 0,45 % avec héparine 0,5 unité/mL à \_\_\_\_\_ mL/h

**CAFÉINE** ☐ Bolus : 10 mg/kg soit \_\_\_\_\_ mg ☐ IV ☐ PO pour 1 dose STAT puis dès le lendemain,

Maintien : ☐ 3,5 mg/kg soit \_\_\_\_\_ mg ☐ IV ☐ PO DIE OU ☐ \_\_\_\_\_ mg/kg soit \_\_\_\_\_ mg ☐ IV ☐ PO DIE

#### PROBIOTIQUES (32 + 6 semaines et moins OU moins de 1500 g à la naissance)

☐ Flora Baby 500 mg sachet PO DIE dès le début de l'alimentation entérale. Cesser si NPO ou apparition d'une contre-indication ou si 34 + 0 semaines d'âge corrigé et entièrement alimenté par voie entérale.

#### ANTIBIOTHÉRAPIE

☐ Ampicilline \_\_\_\_\_ mg/kg soit \_\_\_\_\_ mg IV q \_\_\_\_\_ h X \_\_\_\_\_ doses Première dose reçue à : \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_

☐ Gentamicine \_\_\_\_\_ mg/kg soit \_\_\_\_\_ mg IV q \_\_\_\_\_ h X \_\_\_\_\_ doses Première dose reçue à : \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_

OU SI RISQUE D'INSUFFISANCE RÉNALE (en remplacement de la gentamicine) :

☐ Cefotaxime \_\_\_\_\_ mg/kg soit \_\_\_\_\_ mg IV q \_\_\_\_\_ h X \_\_\_\_\_ doses Première dose reçue à : \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_

Signature du médecin prescripteur

Nom en caractère d'imprimerie

N° de permis

Date et heure  
(année/mois/jour)

<sup>1</sup> Documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible

<sup>2</sup> Bilan comparatif des médicaments

Numérisé le (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h

Ce formulaire est disponible dans le DCI (ARIANE) section Références.