|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | | |
| installation : | | | | | | | | | | | | | | |
| Ordonnances pharmaceutiques  traitement d’aphérèse | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergies médicamenteuses1/intolérances1 : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| **ANNÉE** | | | | | **MOIS** | | **JOUR** | | |  | | | |  | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  | | h | | |  | | | | Poids1: | |  | kg | Taille1: |  | cm |
| **Date** | | | | | | | | | **Heure** | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ligne fléchée : légère courbe | | L’ordonnance médicale – Traitement d’aphérèse (OPI-HO-007) doit également être complétée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Per-traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gluconate de calcium 1 g IV dans 50 mL de NaCl 0,9 % à perfuser en 60 minutes per traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Surveillances cliniques et gestion des symptômes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si réaction allergique (urticaire, rash, prurit, etc.) : | | | | | | | | | | | | | | | | DiphénhydrAMINE (Benadryl) : mg IV X 1  Autre(s) : | | | | | | | | |
| Si signes d’hypocalcémie (crampes abdominales, nausées, vomissement, engourdissement ou picotement péribuccale ou au niveau des extrémités) :  OPI-HO-008 | | | | | | | | | | | | | | | | Gluconate de calcium 1 g IV dans 50 mL de NaCl 0,9 % à perfuser en 10 minutes. Si symptômes persistent aviser l'hématologue responsable.  Ne pas administrer de Gluconate de calcium, raison(s) : | | | | | | | | |
| Si hypotension (TA systolique inférieure ou égale à 90 mm Hg ou diminution de la TA systolique de 30 mm Hg ou faiblesse, étourdissement, diaphorèse) : | | | | | | | | | | | | | | | | Administrer bolus 500 mL NaCl 0,9 % IV en 30 minutes  Administrer bolus 250 mL NaCl 0,9 % IV en 30 minutes  Ne pas administrer de bolus, raison(s) :    🡺 Aviser le médecin traitant si inefficace | | | | | | | | |

→ Voir au verso pour ordonnances post-traitement

Nom de l’usager : No dossier :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Post traitement(réservé au personnel infirmier de l’unité d’hospitalisation) | | | | | |
| Suivi calcium ionisé  \* Calcium ionisé prélevé par l’équipe d’aphérèse. Surveillance des résultats assurée par l’infirmière responsable de l’usager | | | | | |
| **Usager asymptomatique**:   * Si calcium ionisé supérieur ou égal à 1,0 mmol/L 🡺 Aucune intervention * Si calcium ionisé inférieur à 1,0 mmol/L 🡺 Gluconate de calcium 1 g IV dans 50 mL de NaCl 0,9 %  à perfuser en 60 minutes | | | | | |
| **Usager symptomatique** (crampes abdominales, nausées, vomissement, engourdissement ou picotement péribuccale ou au niveau des extrémités) :   * Si calcium ionisé supérieur ou égal à 1,12 mmol/L 🡺 Aucune intervention * Si calcium ionisé inférieur à 1,12 mmol/L 🡺 Gluconate de calcium 1 g IV dans 50 mL de NaCl 0,9 %  à perfuser en 10 minutes | | | | | |
| Suivi magnésium sérique  \* Magnésium sérique prélevé par l’équipe d’aphérèse. Surveillance des résultats assurée par l’infirmière responsable de l’usager | | | | | |
| GLUCONATE DE MAGNÉSIUM   * Si magnésium sérique supérieur à 0,7 mmol/L  🡺 Aucune intervention * Si magnésium sérique de 0,61 à 0,7 mmol/L  🡺 Gluconate de magnésium 1000 mg PO (2 comprimés de 500 mg) * Si magnésium sérique de 0,55 à 0,6 mmol/L  🡺 Gluconate de magnésium 1500 mg PO (3 comprimés de 500 mg) * Si magnésium sérique inférieur à 0,55 mmol/L  🡺 Gluconate de magnésium 1000 mg PO (2 comprimés de 500 mg)   SULFATE DE MAGNÉSIUM   * Si magnésium sérique inférieur à 0,55 mmol/L 🡺 Sulfate de magnésium 2g/50 mL (sac prêt à l’emploi) à perfuser en 2 heures en plus du gluconate de magnésium PO et aviser le médecin traitant | | | | | |
| Suivi potassium sérique  \* Potassium sérique prélevé par l’équipe d’aphérèse. Surveillance des résultats assurée par l’infirmière responsable de l’usager | | | | | |
| CHLORURE DE POTASSIUM   * Si potassium sérique supérieur à 3,3 mmol/L 🡺 Aucune intervention * Si potassium sérique de 3,1 à 3,3 mmol/L : 🡺Chlorure de potassium 40 mEq PO (2 comprimés de 20 mEq) * Si potassium sérique inférieur à 3,1 mmol/L 🡺 Aviser le médecin traitant | | | | | |
|  |  |  | |  |  |
| Signature du médecin prescripteur |  | Nom en caractère d’imprimerie | |  | No de permis |
| 1 Documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible | | | Numérisé le (année/mois/jour) : / / à h | | |