|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| installation : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ordonnances pharmaceutiques  Sulfate de magnésium (MgSO4)  Protocole de neuroprotection foetale | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergies médicamenteuses/intolérances1 : | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **ANNÉE** | | | | **MOIS** | | **JOUR** | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | h | | | | |  | | | | | Poids1: | |  | | | kg | Taille1: | | |  | | | cm |
| **Date** | | | | | | | | **Heure** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ATTENTION : nécessite une voie veineuse spécifique**  Installer un soluté de NaCl 0,9 % à 30 mL/h ou mL/h  **Dose de charge** :  MgSO4 50 % 4 g (8 mL) dans 100 mL de NaCl 0,9 % IV en 15 minutes  **Dose d’entretien** :  MgSO4 50 % 25 g (50 mL) dans 100 mL de NaCl 0,9 % IV à 6 mL/h (1 g/heure)  Poursuivre jusqu’à l’accouchement ou jusqu’à 24 heures de perfusion.  **Surveillance** : voir protocole médical **« *Sulfate de magnésium pour neuroprotection fœtale* »** **(PROTM-OB-003)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Surveiller les signes et symptômes de toxicité du MgSO4 q1h et en aviser rapidement l’équipe médicale** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Disparition des réflexes ostéotendineux (ROT) * Somnolence * Dépression respiratoire (RR 12/minute ou moins) * Diplopie | | | | | | | | | | | | | | | | | | * Altération de l’allocution * Incontinence urinaire * Nausée/vomissement * Hypotension | | | | | | | | | | | | | | |
| **Antidote** : Gluconate de calcium 1 g IV (10 mL de la solution à 10 %) à administrer en 3 à 5 minutes sur ordonnance médicale.  \*\*\* **Conserver au chevet en tout temps** dans une trousse barrée entreposée de manière sécuritaire. \*\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  |  | | |
| Signature du médecin prescripteur | | | | | | | | | | |  | Nom en caractère d’imprimerie | | | | | | | | | |  | No de permis | | |  | Date et heure (année/mois/jour) | | | | | |
| 1 Documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible | | | | | | | | | | | | | | | | Numérisé le (année/mois/jour) : / / à h | | | | | | | | | | | | | | | | |

OPI-OB-009