Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

INSULINE SOUS-CUTANÉE ADULTE
ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE (OIS)

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

Poids _____kilogrammes Taille _____centimètres Surface corporelle _____mètre^2

Allergies _____ Intolérances _____

Pour usager avec alimentation parentérale totale, se référer au formulaire « CN00552 Alimentation parentérale totale Ordonnance individuelle standardisée »

Doses fixes d'insuline sous-cutanée (SC) ☐ Cesser l'ordonnance des doses fixes en cours. ☐ Poursuivre l'ordonnance en cours sans changement.		**Déjeuner**	**Dîner**	**Souper**	**Au coucher**
Basale	**Lente** ☐ Degludec 100 unités/ml (Tresiba^{md}ou biosimilaire) ☐ Glargine 100 unités/ml (Lantus^{md} ou biosimilaire) ☐ Autre _____ **Ou intermédiaire** ☐ Humulin N^{md} 100 unités/ml	_____unités			_____unités
Prandiale	**Rapide** ☐ Lispro 100 unités/ml (Humalog^{md} ou biosimilaire) ☐ Autre _____ **Ou régulière (cas particuliers)** ☐ Humulin R^{md} 100 unités/ml	_____unités	_____unités	_____unités	

Échelle de correction selon glycémies prescrites

Donner ou ajouter la dose de correction à la dose fixe d'insuline rapide selon glycémies prescrites. **Par défaut** : Insuline lispro 100 unités/ml.

☐ Cesser l'échelle de correction de l'insuline.

☐ Poursuivre l'ordonnance d'échelle en cours sans changement.

☐ Demi-dose HS OU ☐ Pleine dose HS OU ☐ Pas de dose HS **Par défaut** : pas de dose HS

Glycémie (mmol/l)	☐ **Dose réduite**	☐ **Dose standard**	☐ **Dose majorée**	☐ **Dose personnalisée**
3,9 et moins	OC d'hypoglycémie	OC d'hypoglycémie	OC d'hypoglycémie	OC d'hypoglycémie
4 à 8	Seules les doses fixes prévues			
8,1 à 10	0 unité	0 unité	0 unité	_____ unités
10,1 à 13	0 unité	2 unités	4 unités	_____ unités
13,1 à 16	2 unités	4 unités	6 unités	_____ unités
16,1 à 20	4 unités	6 unités	8 unités	_____ unités
Supérieure à 20	6 unités	8 unités	10 unités	_____ unités

Aviser le prescripteur :

☐ Glycémie 20 mmol/l et plus ☐ Mange moins de 50 % du contenu du repas ou NPO ☐ Autre _____

Date _____ Signature _____ Profession _____ Numéro permis _____
aaaa/mm/jj

Approuvée par le comité de pharmacologie le 28 février 2024

Légende : HS : au coucher ml : millilitre mmol/l : millimole par litre NPO : Rien par la bouche- Nil per os OC : ordonnance collective

Section réservée pour la signature électronique