

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

## NITROGLYCÉRINE INTRAVEINEUSE ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE

Direction clinique _____	Programme _____	Site _____
<b>Interventions de base</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring cardiaque</li> </ul> <p><b>Mesurer la tension artérielle :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Standard (selon le protocole de nitroglycérine intraveineuse)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant de débiter la perfusion de nitroglycérine</li> <li>• Avant chaque augmentation du débit de perfusion</li> <li>• 5 minutes après chaque modification du débit de perfusion</li> <li>• Lorsque le débit est stable depuis au moins 30 minutes : aux heures 2 fois, puis aux 2 heures 2 fois, puis 4 fois par jour</li> <li>• Maintenir une tension artérielle systolique supérieure à 100 mmHG</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p>Installer une voie intraveineuse (IV) seule et s'assurer d'avoir un dispositif d'accès veineux périphérique court (DAVPC) sur une deuxième voie (voie d'urgence)</p>		
<b>Ordonnance initiale</b>		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Cesser toute autre forme de nitrate déjà prescrite (exemple : Nitropatch<sup>MD</sup>, Imdur<sup>MD</sup>)</p> <p><input type="checkbox"/> Standard (selon le protocole de nitroglycérine intraveineuse) : Nitroglycérine IV simple concentration 100 mcg/ml</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Débit de départ : 5 mcg/minute IV en perfusion continue ou <input type="checkbox"/> _____ mcg/minute</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p>		
<b>Cibles thérapeutiques</b>		
<p><input type="checkbox"/> Soulagement des symptômes (douleur rétrosternale, dyspnée)</p> <p><input type="checkbox"/> Tension artérielle systolique (TAs) visée entre _____ et _____ mmHG</p> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p> <p><b>Ajustement :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Standard (selon le protocole de nitroglycérine intraveineuse)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre _____</p>		
<b>Se référer au protocole de nitroglycérine intraveineuse pour la gestion des effets indésirables</b>		
<p>Date _____ Heure _____ Signature _____ Numéro permis _____</p> <p style="text-align: center;">aaaa/mm/jj                      hh:mm                      Médicale (ou autorisée)</p> <p>Approuvée par le comité de pharmacologie le 2022-12-07</p> <p><b>Légende</b>            % : pourcentage    IV : intraveineux    mcg : microgramme    mg : milligramme    ml : millilitre    mmHG : millimètre mercure</p>		
<p>Section réservée pour la signature électronique</p>		

CN00659 (2024-04-04)