

Formulaire de demande de traitement par perfusion Tél. : 800-263-3877 Téléc. : 855-352-2555

Nom :			
Adresse :		Code postal :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :		Téléphone :
Numéro de la carte Santé (obligatoire) :		Code de version :	
Taille :	Poids :	Tension artérielle :	Diabète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diagnostic primaire :			
Autre(s) diagnostic(s) pertinent(s) pour les soins :			
Si votre patient est hospitalisé, veuillez indiquer dans quel établissement :			
Allergies :			
Télésoins à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Pour le problème de santé suivant : <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive	
EN CAS DE DIAGNOSTIC DE CANCER OU DE MALADIE LIMITANT L'ESPÉRANCE DE VIE			
Métastases : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Description :			
Traitement en cours : <input type="checkbox"/> Palliatif <input type="checkbox"/> Curatif			
Pronostic anticipé : <input type="checkbox"/> 0 < 6 mois <input type="checkbox"/> 6 - 12 mois <input type="checkbox"/> Incertain			
TYPE DE LIGNE			
<input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> Cathéter mi-long (midline) <input type="checkbox"/> Cathéter central inséré par voie périphérique (PICC) <input type="checkbox"/> Cathéter de Hickman			
<input type="checkbox"/> Cathéter à chambre implantable (port) <input type="checkbox"/> Cathéter sous-cutané		Date d'insertion :	N ^{bre} de lumières :
MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE/HYDRATATION			
Autres voies envisagées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Ire dose administrée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non SI OUI , indiquer la date et l'heure de l'administration :			
Ire dose administrée en milieu communautaire : indiquer la date et l'heure :			
Nom du médicament :		Dose :	Voie :
Fréquence :	N ^{bre} de doses requises :	N ^{bre} de jours de traitement en milieu communautaire :	
Nom du médicament :		Dose :	Voie :
Fréquence :	N ^{bre} de doses requises :	N ^{bre} de jours de traitement en milieu communautaire :	
Dans le cas de l'hydratation, précisez la raison :			
ORDONNANCES SPÉCIFIQUES DU MÉDECIN : (VEUILLEZ INDIQUER)			
• Protocole de perfusion/bandage selon le type de ligne			
• Rinçage avec une solution saline : _____ ou _____ selon le protocole de l'organisme de soins infirmiers			
• Rinçage à l'héparine – Ordonnance spécifique du médecin/du personnel infirmier praticien exigée :			
• Indiquer les demandes d'analyses de laboratoire, s'il y a lieu :			
• Autres traitements/thérapies/services :			
Remarque : Si la reprise du traitement est impossible – envoyer le patient à l'urgence. La perte du site intraveineux peut engendrer une dose de médicament manquée			
Sauf avis contraire, le Réseau local d'intégration des services de santé peut déterminer la fréquence des visites et prendre les dispositions nécessaires pour la formation du patient/du ou des soignants/d'autres membres du personnel réglementé/de la ou des personnes fiables.			

MÉDECIN/PERSONNEL INFIRMIER PRATICIEN À L'ORIGINE DE LA DEMANDE	
N° CPSO/OIIO :	Nom en lettres moulées :
Signature :	Date :

COORDONNÉES DU MÉDECIN À L'ORIGINE DE LA DEMANDE	
Téléphone :	Télécopieur :
Après les heures normales de bureau :	
ENVOYER LES RÉSULTATS DE LABORATOIRE À	
Nom du médecin/du membre du personnel infirmier praticien :	Télécopieur :