Ordonnance / Plan de perfusion (valable pour 1 année)

Nom _____

Prenom _____

Date de naissance _____

Nutrition parentérale : **Fréquence:**

_____ ml SmofKabiven poche _____ _____ à _____

Un débit de perfusion de _____ ml/h ne doit pas être dépassé.

_____ ml _____ _____ _____ à _____

Un débit de perfusion de _____ ml/h ne doit pas être dépassé.

Perfusions supplémentaires:

_____ _____ ml / 24 h

_____ _____ ml / 24 h

Suppléments:

Vitamines _____ ampoule _____ à _____ ml / 24 h
_____ ampoule _____ à _____ ml / 24 h ☐ Ajouter dans la solution nutritive
Oligo-éléments _____ ampoule _____ à _____ ml / 24 h ☐ _____

Electrolytes _____ ampoule _____ à _____ ml / 24 h
_____ ampoule _____ à _____ ml / 24 h ☐ Ajouter dans la solution nutritive
ampoule à ml / 24 h ☐

Médicaments supplémentaires:

Médicament _____ _____ ml à ajouter dans le SMOFlipid

Médicament _____ _____ ml à ajouter dans Smofkabiven

Médicament _____ _____ ml _____

A la fin de la perfusion

Héparine _____ ampoule à 5 ml / 500 IE Duralock 4 % ampoule à 2.5 ml

TauroLock HEP100 _____ ampoule à 3 ml TauroLock Classic ampoule à 3 ml

NaCl 0.9 % _____ ampoule à 10 ml / 20 ml

Désinfectants cutanés : ☒ Betadine ☒ Octenisept ☒ Kodan Teinture Forte
☒ Alcool 70% ☒ Chlorhexidine

Désinfectants pour les mains: ☒ Sterillium ☒ Baktolin

Anesthétique local: ☒ Emla Patch

Canules, seringues et pansements compatibles avec la thérapie

Changement d'aiguille du cathéter tous les jours PICC Line ☐

Médecin prescripteur _____

_____ _____

Date Timbre / signature