



**ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES**

Aucune allergie connue : [ ]  
Allergies : \_\_\_\_\_  
Intolérances : \_\_\_\_\_

Poids (kg)	Taille (cm)	Surface corporelle (m <sup>2</sup> )
------------	-------------	--------------------------------------

**Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE**

FOPREC – 1539 – Clinique de diabète – ajustements infirmiers (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 140)  
L'ordonnance collective peut être consultée au : <http://www.chusj.org/oc>

*N.B. La présence de carrés(☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable. Veuillez cocher et inscrire la dose pour valider le choix. La ou les ordonnances non choisies sont raturées par le médecin prescripteur afin de confirmer leur non validité (donc non servies au patient).*

**LABORATOIRES**

Test de cétone si glycémie supérieure à 15 mmol/L ☐ Capillaire ☐ Urinaire  
Glycémie capillaire  
☐ Matin ☐ 2 h après déjeuner ☐ Midi ☐ 2 h après dîner ☐ Souper ☐ 2 h après le souper ☐ Coucher  
La nuit : ☐ 2 h ☐ 3 h ☐ 4 h

**MÉDICAMENTS**

**Insulines ultrarapides :** ☐ Aspart (Novorapid<sup>md</sup>) ☐ Lispro (Humalog<sup>md</sup>) ☐ Glulisine (Apidra<sup>md</sup>) ☐ \_\_\_\_\_

☐ Matin : \_\_\_\_\_ unités **sous-cutané** ☐ Midi : \_\_\_\_\_ unités **sous-cutané**  
☐ Souper : \_\_\_\_\_ unités **sous-cutané** ☐ Coucher : \_\_\_\_\_ unités **sous-cutané**

**Insuline isophane :** ☐ Novolin<sup>md</sup> ge NPH ☐ Humulin<sup>md</sup> N  
☐ Matin : \_\_\_\_\_ unités **sous-cutané** ☐ Coucher : \_\_\_\_\_ unités **sous-cutané**

**Insuline longue action :** ☐ Glargine (Lantus<sup>md</sup>) ☐ Glargine (Basaglar<sup>md</sup>) ☐ Glargine (Toujeo<sup>md</sup>) ☐ Détémir (Lévémir<sup>md</sup>)  
☐ Matin : \_\_\_\_\_ unités **sous-cutané** ☐ Souper : \_\_\_\_\_ unités **sous-cutané**

☐ Coucher : \_\_\_\_\_ unités **sous-cutané**

**Pompe à insuline** ( modèle : ☐ Animas<sup>md</sup> ☐ Medtronic<sup>md</sup> ☐ Omnipod<sup>md</sup> ☐ Autre : \_\_\_\_\_ )

- ☐ Débit basal de \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h : \_\_\_\_\_ unités / heure
- ☐ Débit basal de \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h : \_\_\_\_\_ unités / heure
- ☐ Débit basal de \_\_\_\_\_ h à \_\_\_\_\_ h : \_\_\_\_\_ unités / heure

**Ratio :** ☐ Matin : 1 unité par \_\_\_\_\_ g de glucides ☐ Midi : 1 unité par \_\_\_\_\_ g de glucides  
☐ Souper : 1 unité par \_\_\_\_\_ g de glucides ☐ Coucher : 1 unité par \_\_\_\_\_ g de glucides

**Facteur de sensibilité :** 1 unité pour \_\_\_\_\_ mmol/L 1 unité pour \_\_\_\_\_ mmol/L

**Téléchargement de la pompe/ envoi des glycémies :** ☐ dans \_\_\_\_\_ jours ☐ au besoin

☐ Glucagen Hypokit<sup>md</sup> ☐ 0,5 mg (0,5 mL) si < 20 kg ou ≤ 5 ans ☐ 1 mg (1 mL) si ≥ 20 kg ou ≥ 6 ans **sous-cutané** au besoin  
☐ Glucagon<sup>md</sup> ☐ 0,5 mg (0,5 mL) si < 20 kg ou ≤ 5 ans ☐ 1 mg (1 mL) si ≥ 20 kg ou ≥ 6 ans **sous-cutané** au besoin

<b>Renouvellements :</b>	1	2	3	4	5	6	11		NR
--------------------------	---	---	---	---	---	---	----	--	----

<b>Prescripteur</b> (nom en lettres moulées)	<b>Signature et numéro de permis</b>	<b>Date</b>
---	--------------------------------------	-------------

**Transmission confidentielle par télécopieur** (Norme 2008.01 OPG)

**Avis de confidentialité :** Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu doit être protégé. Si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer l'expéditeur.  
**Certification du prescripteur :** Je certifie que ce document est une ordonnance originale, le pharmacien identifié est le seul destinataire, l'**original N'EST PAS UTILISÉ**, il est conservé au dossier-patient du CHU Sainte-Justine.  
**Expéditeur - Nom :** \_\_\_\_\_ **No. Télécopieur :** \_\_\_\_\_ **No. Téléphone :** \_\_\_\_\_  
**Télécopié au pharmacien (Nom) :** \_\_\_\_\_ **No. télécopieur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

