



Diagnostic : _____

Aucune allergie connue : []
 (à cocher obligatoirement si applicable)

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____ SC (m²) : _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg) : _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR) individuelle OU collective
FOPRI – 673 – Bolus de potassium (K+) IV aux SIP via voie périphérique (1 de 1)

Espace infirmier	<p>Préconiser la voie entérale si possible (KCl 1 mmol/kg, max 20 mmol)</p> <p>Administrer sous monitoring cardiaque et saturométrie en continu</p> <p>Utiliser un mini-sac injectable de chlorure de potassium (KCl) 10 mmol/50 mL A DILUER OBLIGATOIREMENT AVANT ADMINISTRATION</p> <p>Tout bolus périphérique de K⁺ doit être administré sur une période de 1 heure minimum</p> <p>Attention: La dose maximale d'un bolus est de 20 mmol soit 250 mL de solution de KCl DILUÉE à 80 mmol/L</p> <p>Préparation d'une solution diluée de K[±] à 80 mmol/L :</p> <p>Prendre 20 mL du mini-sac de K⁺ à 10 mmol/50 mL et diluer avec 30 mL de D5% ou NaCl 0,9% pour un volume total de 50 mL et concentration finale de 80 mmol/L. Bien mélanger.</p> <p>PATIENT < 20 KG</p> <p><input type="checkbox"/> Bolus de K⁺ : 0,5 mmol/kg</p> <p>0,5 X _____ poids (kg) = _____ mmol de K⁺ ÷ 0,08 = _____ mL de la solution de KCl DILUÉE à 80 mmol/L à administrer IV sur _____ heure(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Bolus de K⁺ : 1 mmol/kg</p> <p>1 X _____ poids (kg) = _____ mmol de K⁺ ÷ 0,08 = _____ mL de la solution de KCl DILUÉE à 80 mmol/L à administrer IV sur _____ heure(s)</p> <p>PATIENT ≥ 20 KG</p> <p><input type="checkbox"/> Bolus de K⁺ : 10 mmol</p> <p>10 mmol de K⁺ soit 125 mL de la solution de KCl DILUÉE à 80 mmol/L à administrer IV sur _____ heure(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Bolus de K⁺ : 20 mmol</p> <p>20 mmol de K⁺ soit 250 mL de la solution de KCl DILUÉE à 80 mmol/L à administrer IV sur _____ heure(s)</p>
------------------	---

Relevé et télécopié à la pharmacie par :	Signature du médecin ou professionnel autorisé à prescrire	Date et heure
Date : _____ Heure : _____		No. de permis

*Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine
 La présence de carrés (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable
 La présence de [FADM] est une notation réservée à l'usage de la pharmacie*

