



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 – 0097 – Bolus de calcium chlorure (Ca²⁺) IV aux SIP par voie centrale (1 de 1)

Espace infirmier

Préconiser la voie entérale si possible
 Administrer sous monitoring cardiaque et saturométrie en continu
 Utiliser la solution injectable de **chlorure de calcium (CaCl₂) 10% (100 mg/mL ou 0,1 g/mL)**
Tout bolus de CaCl₂ doit être administré via une voie centrale sur une période de 1 heure minimum sauf en situation de réanimation.
 Si aucune voie centrale, utiliser le GLUCONATE de calcium
 S'assurer que le PO₄ et le Mg²⁺ sont normaux
Risque de nécrose cutanée si extravasation
Attention : La dose maximale d'un bolus est 1 g soit 10 mL de CaCl₂ 10% OU 50 mL de CaCl₂ DILUÉ à 20 mg/mL

SITUATION DE RÉANIMATION
 Administrer la solution injectable de **CaCl₂ 10 % (100 mg/mL), PURE SANS DILUTION**

Bolus de CaCl₂ : 10 mg/kg
 0,1 X _____ poids (kg) soit _____ mL (max 10 mL) de CaCl₂ 10 % à administrer IV sur 5 à 10 minutes

Bolus de CaCl₂ : 20 mg/kg
 0,2 X _____ poids (kg) soit _____ mL (max 10 mL) de CaCl₂ 10 % à administrer IV sur 5 à 10 minutes

AUTRES SITUATIONS
Préparation d'une solution diluée de CaCl₂ à 20 mg/mL :
 Prélever **10 mL de CaCl₂ 10% (100 mg/mL)** et diluer avec **40 mL de D5%** pour un volume total de **50 mL** et une concentration finale de **20 mg/mL**

Bolus de CaCl₂ : 10 mg/kg
 10 X _____ poids (kg) = _____ mg de CaCl₂ ÷ 20 = _____ mL (max 50 mL) de la solution de CaCl₂
DILUÉE à 20 mg/mL à administrer IV sur _____ heure(s)

Bolus de CaCl₂ : 20 mg/kg
 20 X _____ poids (kg) = _____ mg de CaCl₂ ÷ 20 = _____ mL (max 50 mL) de la solution de CaCl₂
DILUÉE à 20 mg/mL à administrer IV sur _____ heure(s)

Relevé et télécopié à la pharmacie par : Date : _____ Heure : _____	Signature du médecin ou professionnel autorisé à prescrire	Date et 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*

