



DT6443

## PRESCRIPTION INITIALE D'HOSPITALISATION USAGER COVID-19 POSITIF

Poids (kg) : \_\_\_\_\_ Taille (cm) : \_\_\_\_\_ Allergie(s) : \_\_\_\_\_

### REPLIR LE FORMULAIRE DE NIVEAU DE SOINS ET DE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE (AH-744 DT9261)

De façon générale, prescrire la médication ou les investigations en limitant les visites au chevet de l'usager.

Signes vitaux :	<input type="checkbox"/> Saturométrie continue	<input type="checkbox"/> die	<input type="checkbox"/> b.i.d.	<input type="checkbox"/> t.i.d.	<input type="checkbox"/> q.i.d.
Diète :	<input type="checkbox"/> n.p.o.	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Sans sel	<input type="checkbox"/> Diabétique	
Restriction liquidienne :	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 1 L/24 h	<input type="checkbox"/> 1,2 L/24 h	<input type="checkbox"/> 1,5 L/24 h	
Glycémies capillaires :	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> b.i.d en alternance	<input type="checkbox"/> q.i.d	<input type="checkbox"/> x 48 h	
O2 pour SpO2 visée :	<input type="checkbox"/> Supérieure ou égale à 93%	<input type="checkbox"/> Supérieure ou égale à 90%	<input type="checkbox"/> 88 à 92 %	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Dosage ingesta/excreta :	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> q 4 h	<input type="checkbox"/> q 8 h	<input type="checkbox"/> Peser die	

Bilan au matin du jour d'admission : FSC, D-dimères, CRP, urée, créatinine, Électrolytes, CK, ALT, bilirubine, phosphatase alcaline, albumine, protéines totales, glycémie veineuse à jeun

Encourager le décubitus ventral (Note : durée idéale inconnue chez clientèle non intubée, 18h/24 efficaces aux SI)

Soluté : Type: \_\_\_\_\_ Débit : \_\_\_\_\_ mL/h (Note : éviter hypervolémie)

Antibiothérapie :  Ceftriaxone 2 g IV die x 5 jours **ET**  Azithromycine 500 mg IV x 1 dose puis 250 mg PO die x 4 jours

**OU**

Moxifloxacin 400 mg IV die x 5 jours (Note : si allergie sévère à la pénicilline)

Ventolin 100 mcg/inh. : 4 inh q4h prn **ET**  Atrovent 20 mcg/inh. : 4 inh q4h prn

Dexaméthasone  6 mg PO die x 10 jours **OU**  6 mg IV die x 10 jours (Note : bénéfique en présence d'hypoxémie)

Pantoprazole sodique (Pantoloc<sup>MD</sup>) :  40 mg PO die **OU**  40 mg IV die

Remdesivir : Compléter OIS-CISSL-6428 Remdesivir (Veklury<sup>MD</sup>) (Note : indications limitées)

Thromboprophylaxie : Compléter l'OIS-CISSL-6356 Prophylaxie de la TEV en médecine

Insulinothérapie : Compléter l'OIS sur l'insuline sous-cutanée

Avez le médecin traitant si :

- Augmentation de 50 % des besoins en O2 depuis le début du quart de travail
- Altération état de conscience
- Critères de sévérité tels que définis au formulaire FP-CISSL-6385

Nom du médecin	Signature	Permis	aaaa/mm/jj , hh :mm
----------------	-----------	--------	---------------------