



**ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE : CHOLANGIO-
PANCRÉATOGRAPHIE RÉTROGRADE ENDOSCOPIQUE (CPRE)**

CPRE Retrait de prothèse Prothèse colique Prothèse digestive Autre : _____
 Usager externe ou provenant d'un autre établissement Usager hospitalisé Date de l'intervention: _____

Usager provenant d'un autre établissement :

1. Il doit être accompagné pour toute la durée du transfert.
2. Se rendre au guichet #4 à l'admission si l'utilisateur n'a pas de carte de l'hôpital de Chicoutimi.
3. Apporter le matériel médical nécessaire (médication, analgésiques, pansements, carte d'assurance-maladie, etc.).
4. Fournir un résumé de dossier, la FADM du jour et confirmer la date de l'arrêt des anticoagulants / antiplaquettaires.

**ORDONNANCES MÉDICALES
(À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN QUI FERA L'INTERVENTION)**

Anticoagulants oraux et antiplaquettaires : Aucun * Ne pas cesser ASA 80 mg
 AAS (Aspirine^{MD}) 325 mg Clopidogrel (Plavix^{MD}) Ticagrelor (Brillinta^{MD}) Warfarine (Coumadin^{MD}) Autre : _____

Dernière dose le : _____

Dabigatran (Pradaxa^{MD}) Rivaroxaban (Xarelto^{MD}) Apixaban (Eliquis^{MD}) Édoxaban (Lixiana^{MD})

* **Voir ordonnance pré-imprimée :** REG0241 Interruption temporaire des nouveaux anticoagulants directs oraux :

Faxé à la pharmacie communautaire (cocher) Numérisé à la pharmacie de l'hôpital (cocher)

Cesser Héparine IV _____ h avant l'intervention

Cesser les HBPM SC (_____) 24 h avant l'examen, soit dernière dose le (date et heure) : _____

Allergie à l'iode :

Prednisone 50 mg PO à 21 h la veille et à 6 h et 11 h le matin de l'examen } Servi par la pharmacie communautaire
 Diphenhydramine (Bénadryl^{MD}) 25 mg PO à 11h le matin de l'examen } si l'utilisateur n'est pas hospitalisé

OU

Hydrocortisone (Solu cortef^{MD}) 250 mg IV et diphenhydramine (Bénadryl^{MD}) 25 mg IV à l'appel (servi par la pharmacie de l'hôpital)

Gavage : Cesser 12 heures avant l'examen : heure de l'arrêt : _____

Diabète : Appliquer l'ordonnance collective ENDO appropriée

Si prise d'hypoglycémifiants, préciser la conduite à tenir : _____

CPRE sous Propofol à organiser avec l'intensiviste des soins intermédiaires (deux voies IV avec NaCl 0,9 % nécessaire)

Autre prescription pré CPRE : _____

*Lors de la transmission par télécopieur, le prescripteur certifie que cette ordonnance est une ordonnance **ORIGINALE**, que le pharmacien identifié est le seul destinataire et que l'original de ce document ne sera pas utilisé.*

Pharmacie : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Médecin : _____ Signature: _____ N° permis: _____ Date: _____ Heure : _____

EXAMENS DE LABORATOIRE (ne pas faire si installation de prothèse colique ou digestive)

MOINS DE 1 MOIS	INIT. INF.	MOINS DE 72 HEURES
Bilirubine totale	INIT. INF.	INR (aviser si supérieur à 1,4)
ALT, lipase, phosphatase alcaline	INIT. INF.	FS (aviser si plaquettes inférieures à 50 x 10 ⁹ /L)
Créatinine	INIT. INF.	Bêta hCG (femme en âge de procréer, sauf hystérectomisée ou ligaturée)

Nom :



Site :
Dossier:

LE JOUR DE L'EXAMEN

PRÉPARATION PRÉ-INTERVENTION	INIT. INF.	PRÉPARATION PRÉ-INTERVENTION	INIT. INF.
À jeun à partir de minuit (eau permise jusqu'à 8 h si CPRE fait en après-midi)	INIT. INF.	Expliquer l'examen et répondre aux questions	INIT. INF.
Protocole ENDO approprié de l'établissement	INIT. INF.	Bracelet d'identification, carte d'hôpital, FADM, observations de l'infirmière, dossiers antérieurs	INIT. INF.
Installer un soluté NaCl 0,9 % en TVO ou au débit prescrit au bras droit, sauf si exception (évidement ganglionnaire)	INIT. INF.	Retirer : bijoux, piercing, maquillage, vernis à ongles, sous-vêtements, prothèses dentaires, lunettes	INIT. INF.
Jaquette d'hôpital sans boutons à pression métallique	INIT. INF.	Remettre les documents d'informations (feuillet)	INIT. INF.
_____ Nom et Signature de l'infirmière	_____ Initiales	_____ Nom et Signature de l'infirmière	_____ Initiales
_____ Nom et Signature de l'infirmière	_____ Initiales	_____ Nom et Signature de l'infirmière	_____ Initiales

Examen(s) fait(s) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique | <input type="checkbox"/> Endoprothèse biliaire |
| <input type="checkbox"/> Sphinctérotomie endoscopique | <input type="checkbox"/> Biopsie ampullaire / Cytologie |
| <input type="checkbox"/> Extraction de cholédocholithiase | <input type="checkbox"/> Endoprothèse digestive |

Médication pendant l'examen :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mèpéridine (Démérol ^{MD}) _____ mg IV x 1 dose | <input type="checkbox"/> Glucagon intranasal (Baqsimi ^{MD}) 3 mg x 1 dose |
| <input type="checkbox"/> Midazolam (Versed ^{MD}) _____ mg IV x 1 dose | <input type="checkbox"/> Indométacine (Indocid ^{MD}) 100 mg IR |
| <input type="checkbox"/> Hyoscine (Buscopan ^{MD}) _____ mg IV | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

ORDONNANCES POST - CPRE

- **Surveillance** : Selon l'échelle de sédation de RASS (voir REG0266 Évaluation per-endoscopie et REG0171 Évaluation post-endoscopie). Si l'utilisateur a reçu du Flumazénil (Anexate^{MD}) ou du Naloxone (Narcan^{MD}) per-examen : la surveillance post-sédation est de 2 heures. La surveillance se poursuit jusqu'à ce que l'utilisateur soit revenu à son état de conscience initial et jusqu'à stabilité des signes vitaux.
- **Oxygène** : 2 litres par lunettes nasales si saturation inférieure à 90 % et aviser le médecin.
- **Soluté** :
 - Même soluté qu'avant l'examen
 - D5% NaCl 0,45% 1000 mL IV ou _____ à _____ mL/h
 - Cesser soluté à _____ h si diète bien tolérée
- **Examens de laboratoire** :
 - FS le _____
 - Lipase le _____
 - ALT, phosphatase alcaline, bilirubine totale le _____
 - Autres _____ le _____
- **Médications post examen** :
 - S'il y a lieu, reprendre l'anticoagulant le : _____ à _____ h
 - S'il y a lieu, reprendre l'antiplaquettaire _____ le : _____ à _____ h
 - Analgésie : _____
 - Antinauséux : _____
- **Autres ordonnances** : _____
- NPO
- Reprendre diète liquide à partir de _____ si absence de douleur abdominale
- Usager hospitalisé diabétique : protocole ENDO de l'établissement
- Diète au goût (faible en gras) le lendemain.
- Mobilisation à partir de _____ h
- **Aviser l'équipe traitante** si : chute de la pression artérielle, rectorragie, méléna, douleur abdominale, fièvre, urticaire
- **Usager Externe** : Libérer l'utilisateur lorsqu'il répond aux critères de congé de l'ordonnance **REG0171**

Médecin : _____ Signature: _____ N° permis: _____ Date: _____ Heure : _____