

DESTINATAIRES : Le personnel, les gestionnaires et les médecins

EXPÉDITEURS : René-Jocelyn Blanchette, conseiller cadre en soins infirmiers
Nathalie Thiffault, conseillère cadre en soins infirmiers

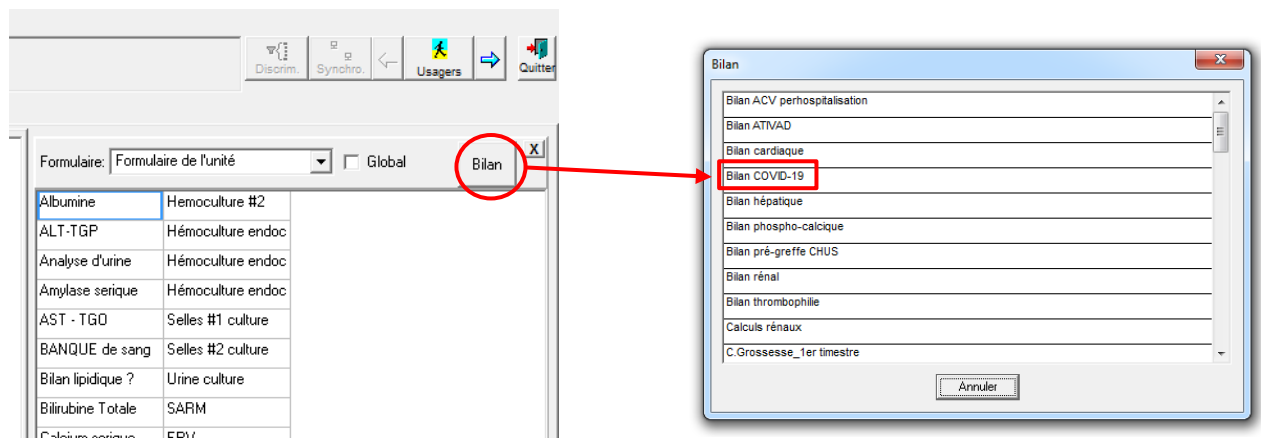
DATE : Le 8 mai 2020

OBJET : Création d'un *Bilan COVID-19* dans Médiclinic pour les admissions COVID-19 de toutes les installations

Un *Bilan COVID-19* est maintenant disponible dans Médiclinic. Celui-ci inclut les demandes d'examens de laboratoire spécifiques à la COVID-19 dans l'ordonnance pré-imprimée individuelle *Prescriptions médicales initiales —Département médecine urgence COVID-19 (OPI-17-020) —* (annexe 1).

Marche à suivre

1. Cliquer sur l'icône Bilan (en haut de la page à droite) pour voir les bilans disponibles.
2. Cliquer sur *Bilan COVID-19*.
3. Ce bilan comprend donc les demandes de laboratoire suivantes :



- FSC
 - Ions
 - Créatinine
 - Glucose
 - Calcium sérique
 - Magnésium sérique
 - Phosphore sérique
 - CK
 - Antigènes urinaires légionnelle et pneumocoque
 - Troponine
 - INR
 - TCA
 - BNP
 - ALT
 - Bilirubine
 - Phosphatase alcaline
 - GGT
 - Protéine
 - Albumine
 - Gaz veineux
 - Protéines C Réactives
 - Hémocultures
 - Culture d'expectorations
- Soulignés en gris : microbiologie*

Particularité pour l'analyse COVID-19 (dépistage)

Prendre note que ce dépistage n'est pas inclus dans le *Bilan COVID-19*.

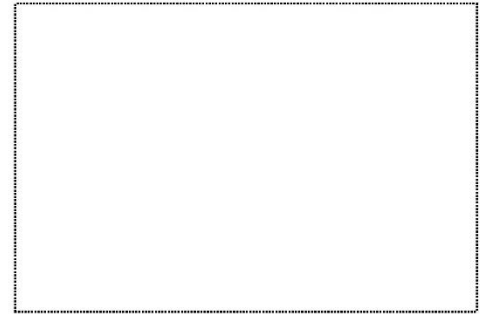
Test de grossesse

Par contre, le test de grossesse BhCG sérique **n'est pas inclus** dans le *Bilan COVID-19*, donc pour toute présomption de grossesse, cet examen de laboratoire doit être demandé **séparément** dans Médiclinic.

Les éléments en gras figurant sur l'OPI-17-020 (voir annexe 1) sont en lien avec le COVID-19 sont maintenant regroupés en un seul bilan de laboratoire *Bilan COVID-19*.



MR60770



Ordonnance préimprimée individuelle

PRESCRIPTIONS MÉDICALES INITIALES DÉPARTEMENT MÉDECINE URGENGE COVID 19

OPI-17-020	Version no : 1	Entrée en vigueur : 2020-04-01	Révisé le : _____
Installations visées :	Toutes les installations		
Secteurs visés :	Urgence		
Allergie à :	Taille (cm) :	Poids (kg) :	
<p>*NB Les éléments en caractères gras sont en lien avec le bilan du COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan de base : FSC, Ions, Créatinine, Glucose <input type="checkbox"/> Ca⁺, Mg⁺, P⁺ <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> RF STAT</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan cœur : <input type="checkbox"/> Troponine Répéter à _____ <input type="checkbox"/> ECG Répéter à _____ INR, TCA <input type="checkbox"/> BNP</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan hépatique: ALT, Bilirubine, Phosphatas alcaline, GGT, Protéine, Albumine <input type="checkbox"/> Lipase</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan toxico : BAB, Osmolarité, ROH, Acétaminophène, ASA, <input type="checkbox"/> Dosage drogue de rue</p> <p><input type="checkbox"/> βhCG (Sérique / urinaire) <input type="checkbox"/> Groupe sanguin et Rh <input type="checkbox"/> Culots en réserves: _____</p> <p><input type="checkbox"/> BAB (gaz veineux) <input type="checkbox"/> Lactates <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> D-Dimère <input type="checkbox"/> Protéines Réactives Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si fièvre supérieure à _____ C avisez <input type="checkbox"/> Hémocult <input type="checkbox"/> an. urinaire <input type="checkbox"/> Culture d'urine <input type="checkbox"/> Cathétérisme vésical PRN</p> <p>Culture : <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Expectos <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> fonges (<input type="checkbox"/> Bac <input type="checkbox"/> parasite) <input type="checkbox"/> C. difficile</p> <p><input type="checkbox"/> COVID 19 <input type="checkbox"/> antigènes urinaires légionnelle et pneumocoque <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Radiographie : <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Scan : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Écho _____</p>			
<input type="checkbox"/> Signes Vitaux q 4h	ou q	<input type="checkbox"/> ISO :	
<input type="checkbox"/> Signes Neurologiques q 4h	ou q	<input type="checkbox"/> Restriction hydrique :	<input type="checkbox"/> Peser
<input type="checkbox"/> Température buccale / rectale	ou q	<input type="checkbox"/> NPO :	
<input type="checkbox"/> Saturométrie		<input type="checkbox"/> Diète :	
<input type="checkbox"/> Saturation visée %		<input type="checkbox"/> Glycémie capillaire :	
<input type="checkbox"/> Moniteur rouge (obligatoire)	ou jaune	<input type="checkbox"/> Mobilisation	
<p><input type="checkbox"/> Soluté _____ <input type="checkbox"/> Salin lock <input type="checkbox"/> Sonde urinaire <input type="checkbox"/> Ingesta / Excréta : q _____ h</p> <p><input type="checkbox"/> Salle REA <input type="checkbox"/> Poste : _____ <input type="checkbox"/> transfert : _____</p> <p><input type="checkbox"/> TS/ liaison santé physique <input type="checkbox"/> TS/Infirmière de liaison santé mentale <input type="checkbox"/> Intervenant dépendance</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation : _____</p>			
Signature du médecin : _____ No de permis : _____ Date : _____ Heure : _____			