



Nom du centre : \_\_\_\_\_ Medecin traitant : \_\_\_\_\_

**Ordonnance ventilatoire**

Ordonnance Bi-Niveau				Ordonnance Respirateur			
Bi-Niveau	AVAPS	AVAPS-AE	iVAPS	1	2	1	2
# hres / jour _____	# hres / jour _____	# hres / jour _____	# hres / jour _____	# hres / jour _____	_____	_____	_____
Mode (S, S/T, PC) _____	Mode (S, S/T, PC) _____	Pmax _____	Pmax _____	Mode _____	_____	PEEP _____	_____
IPAP _____	IPAP min _____	Ai min _____	Ai min _____	AVAPS _____	_____	IPAP min _____	_____
EPAP _____	IPAP max _____	Ai max _____	Ai max _____	Vt / Vt ciblé _____	_____	IPAP max _____	_____
FR _____	Vt ciblé _____	EPAP min _____	EPAP _____	FR _____	_____	EPAP min _____	_____
Ti (si mode PC) _____	EPAP _____	EPAP max _____	FR _____	Pression / Pmax _____	_____	EPAP max _____	_____
	FR _____	FR _____	Va _____	Ai min _____	_____	Ti (si mode PC) _____	_____
	Ti (si mode PC) _____	VT Ciblé: _____		Ai max _____	_____		_____

Ordonnance Oxygène	Ordonnance Stimulateur Phrénique	Ventilation Pièce Buccale / MPV	
# hres / jour _____		1	2
Avec support ventilatoire (L/min) _____	FR _____	# hres / jour : _____	
Sans support ventilatoire (L/min) _____	Amplitude Droite _____	Mode (VAC ou PC) _____	
Spécifications _____	Amplitude Gauche _____	Vc _____	
	Bilatérale <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/>	PC _____	
		FR _____	

Assistance à la toux				Trachéo	
<b>Preset</b>	1	2	3	<u>Technique manuelle</u>	
P inspi _____				Augmentation de volume pulmonaire avec ambu et valve unidirectionnelle (RVP) <input type="checkbox"/>	
P expi _____				<u>Compressions</u>	
Ti/Te _____				Poussées abdominales <input type="checkbox"/>	
Oscillation: Amp _____				Poussées Costo-latérales <input type="checkbox"/>	
Oscillation: Hz (Fr) _____				<u>Aspiration Nasopharyngée</u> <input type="checkbox"/>	
<b>Preset</b>	1	2	3	Compagnie _____	
<b>Optionnel:</b> Cough-track: _____				Modèle _____	
Pause _____				Grandeur _____	
				Fenestrée OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
				Ballonet OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
				Trachéo d'urgence (grandeur inférieure), si pédiatrie ou au besoin: <input type="checkbox"/>	
				Spécifications: _____	

\*Veuillez contacter le PNAVD si questions concernant la Rx du Cough Assist.

**Demandes spécifiques / Informations complémentaires**


Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ # Permis : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_