



Nom du centre : _____ Medecin traitant : _____

Ordonnance ventilatoire

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

Ordonnance Oxygène

hres / jour _____

Avec support ventilatoire (L/min) _____

Sans support ventilatoire (L/min) _____

Spécifications _____

Ordonnance Stimulateur Phrénique

FR _____

Amplitude Droite _____

Amplitude Gauche _____

Bilatérale Unilatérale

Ventilation Pièce Buccale / MPV

1	2
# hres / jour : _____	_____
Mode (VAC ou PC) _____	_____
Vc _____	_____
PC _____	_____
FR _____	_____

Assistance à la toux

Preset	1	2	3
P inspi	_____	_____	_____
P expi	_____	_____	_____
Ti/Te	_____	_____	_____
Oscillation: Amp	_____	_____	_____
Oscillation: Hz (Fr)	_____	_____	_____

Optionnel:	1	2	3
Cough-track:	_____	_____	_____
Pause	_____	_____	_____

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

Technique manuelle

Augmentation de volume pulmonaire avec ambu et valve unidirectionnelle (RVP)

Compressions

Poussées abdominales

Poussées Costo-latérales

Aspiration Nasopharyngée

Trachéo

Compagnie _____

Modèle _____

Grandeur _____

Fenestrée OUI NON

Ballonet OUI NON

Trachéo d'urgence (grandeur inférieure), si pédiatrie ou au besoin:

Spécifications: _____

Demandes spécifiques / Informations complémentaires

Date : _____ Signature : _____ # Permis : _____

Nom en lettres moulées : _____