



\* F M U - 3 1 1 8 \*



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) _____	Ai min _____	Ai min _____	Ai min _____	Mode _____	_____	PEEP _____	_____
IPAP _____	IPAP min _____	Ai max _____	Ai max _____	Ai max _____	AVAPS _____	_____	IPAP min _____	_____
EPAP _____	IPAP max _____	EPAP min _____	EPAP _____	EPAP min _____	Vt / Vt ciblé _____	_____	IPAP max _____	_____
FR _____	Vt ciblé _____	EPAP max _____	FR _____	EPAP max _____	FR _____	_____	EPAP min _____	_____
TI (si mode PC) _____	EPAP _____	FR _____	Va _____	Va _____	Pression / Pmax _____	_____	EPAP max _____	_____
_____	FR _____	VT Ciblé: _____	_____	FR _____	Ai min _____	_____	TI (si mode PC) _____	_____
_____	TI (si mode PC) _____	_____	_____	_____	Ai max _____	_____	_____	_____

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

Assistance à la toux				Trachéo	
<b>Preset</b>	1	2	3	<b>Technique manuelle</b>	
P inspi _____	_____	_____	_____	Augmentation de volume pulmonaire avec ambu et valve unidirectionnelle (RVP) <input type="checkbox"/>	
P expi _____	_____	_____	_____	<b>Compressions</b>	
Ti/Te _____	_____	_____	_____	Poussées abdominales <input type="checkbox"/>	
Oscillation: Amp _____	_____	_____	_____	Poussées Costo-latérales <input type="checkbox"/>	
Oscillation: Hz (Fr) _____	_____	_____	_____	<b>Aspiration Nasopharyngée</b> <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 : \_\_\_\_\_  
                    JD                      MM                      AAYY

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_