



★ 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	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 _____	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	
Preset	1	2	3	Technique manuelle	
P inspi _____	_____	_____	_____	Augmentation de volume pulmonaire avec ambu et valve unidirectionnelle (RVP) <input type="checkbox"/>	
P expi _____	_____	_____	_____	Compressions	
TVTe _____	_____	_____	_____	Poussées abdominales <input type="checkbox"/>	
Oscillation: Amp _____	_____	_____	_____	Poussées Costo-latérales <input type="checkbox"/>	
Oscillation: Hz (Fr) _____	_____	_____	_____	Aspiration Nasopharyngée <input type="checkbox"/>	
Preset	1	2	3	Compagnie _____	
Optionnel: 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 : _____