



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

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

*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 : _____