Fiche de suivi de l'administration du sulfate de magnésium (A UTILISER AVEC LE DOSSIER MÉDICAL DE LA FEMME)

Nom de la cliente _____ **Date** _____

L'agent de santé en charge_____**Nom de la clinique / de l'hôpital** _____

Date du commencement du $MgSO_4$: _____/_____/_____						Heure du commencement du $MgSO_4$: _____H_____M			
Nombre d'heures*	**Heure réelle**	**TA**	**Reflexes présent ? Si absentes suspendre le $MgSO_4$**	**Respiration Si <16 / min suspendre le $MgSO_4$**	**Débit urinaire Si <30 mL/h suspendre le $MGSO_4$**	**Dose de $MgSO_4$**	**Convulsions ?**	**Autres médicaments ou observations**	**Initiales**
TA initiale : ___/___						Protéinurie initiale _____			
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		
			Oui Non				Oui Non		

* Nombre d'heures totales (cumulatives) de l'administration du $MgSO_4$