

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		

* Nombre d'heures totales (cumulatives) de l'administration du MgSO₄