

FICHE DE PRESCRIPTION DU KALINOX

PATIENT

NOM :

Service :

PRENOM :

Psychiatre référent

Date de naissance :

Sexe :

Antécédents psychiatriques :

Antécédents somatiques :

Traitement :

Antalgiques per os :

Antalgiques locaux :

Absence de contre indication à l'administration de KALINOX (cf liste ci-dessous)

- Patients nécessitant une ventilation en oxygène pur
- Hypertension intracrânienne
- Toute altération de l'état de conscience empêchant la coopération du patient
- Pneumothorax, bulles d'emphysème
- Distension gazeuse abdominale
- Embolie gazeuse
- Accident de plongée
- Traumatisme facial intéressant la région d'application du masque
- Patient ayant reçu du gaz ophtalmique(SF6.CF8.C2F6) tant que persiste une bulle de gaz à l'intérieur de l'oeil

INDICATION ADMINISTRATION

Actes douloureux de courte durée

Actes dentaires

Petite chirurgie superficielle :

Détartrage

Pansements :

Avulsions

Ponction veineuse :

Caries

Autres :

PRESCRIPTEUR :

Nom :

Date :

Signature