



\*SM03116\*



\*HOPITAL06C\*

## ORDONNANCE MÉDICALE

Hôpital     Hébergement     Réadaptation     1<sup>re</sup> ligne

Poids : \_\_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_\_ cm    Allergie (s) : \_\_\_\_\_    Aucune connue :   
Réactions indésirables aux médicaments : \_\_\_\_\_

### ACCUEIL CLINIQUE – ANÉMIE FERRIPRIVE – 1<sup>re</sup> LIGNE

1/2

La personne référée répond aux critères d'admissibilité de l'Accueil Clinique et ne présente aucune des contre-indications spécifiques à la condition clinique visée (*voir verso*)

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### LABORATOIRES ET EXAMENS DIAGNOSTIQUES :

FSC, réticulocytes, coagulogramme, électrolytes, créatinine, ALT, LDH, phosphatase alcaline, bilirubine, vit. B12, folate, ferritine, capacité de liaison du fer, transferrine, b-hCG (si en âge de procréer) ≤ 72h

- Si  $Hb \leq 80$  g/L OU  $Hb \leq 95$  g/L et problème cardiopulmonaire chronique, référer à l'urgence

Si < 80 ans : coloscopie et œsophagoduodéno-scopie (OGD) ≤ 6-8 semaines

#### CONSULTATION

Gastroentérologie ≤ 6-8 semaines, si coloscopie et OGD et âge < 80 ans

Gastroentérologie ≤ 4 semaines, si âge ≥ 80 ans

#### MÉDICATION

Sulfate ferreux 300mg PO DIE x 12 semaines

Fer saccharose en perfusion IV, si malabsorption suspectée (*Compléter l'OPI SM01640 associée. Administrer via la médecine de jour*)

Acide ascorbique (Vitamine C) 500 mg PO DIE x 8 semaines

Polyethylene glycol 17g PO DIE PRN x 12 semaines

Nom du médecin/IPS référent (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone direct : \_\_\_\_\_ Nom de la clinique : \_\_\_\_\_

N° de télécopieur de la clinique : \_\_\_\_\_ N° de téléphone de la clinique : \_\_\_\_\_

TÉLÉCOPIEUR DE L'ACCUEIL CLINIQUE : HND : 514-362-2829    HV : 514-765-8529



\*SM03116\*



\*HOPITAL06C\*

**Critères d'exclusion**

- Douleur abdominale non soulagée par analgésie
- Oligurie de novo
- Douleur thoracique
- Dyspnée modérée à sévère
- Saignement actif

**Critères généraux d'admissibilité**

- L'utilisateur nécessite une prise en charge dans un délai d'au plus 72h, sans qu'une hospitalisation ou un temps d'observation sur civière ne soit requis.
- L'utilisateur est âgé.e de 16 ans ou plus **et** n'est pas enceinte.
- La condition clinique est stable.
- L'utilisateur peut se déplacer seul.e, ou est accompagné.e pour assurer ses déplacements.
- L'utilisateur ne présente pas une problématique de santé mentale instable ou un trouble cognitif non compensé par un réseau de soutien significatif.

Nom du médecin/IPS référent (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ N° permis : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

TÉLÉCOPIEUR DE L'ACCUEIL CLINIQUE : HND : 514-362-2829 HV : 514-765-8529

TÉLÉPHONE DE L'ACCUEIL CLINIQUE : HND : 514-413-8701 HV : 514-765-8530

Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le 12 décembre 2024