



SM03126



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

Hôpital Hébergement Réadaptation 1^{re} ligne

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergie (s) : _____ Aucune connue :

Réactions indésirables aux médicaments : _____

ACCUEIL CLINIQUE - HÉMATURIE MACROSCOPIQUE - 1^{re} 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, coagulogramme, urée, créatinine, électrolytes, analyse/culture d'urine, b-hCG (si en âge de procréer) ≤ 72h

Pyéloscan ≤ 7 jours **OU**

Uroscan ≤ 7 jours (*si allergie aux produits de contraste, DFGe < 60mL/min, ou créatinine > 130*)

Cytologie urinaire DIE x 3 jours consécutifs

Analyse d'urine de contrôle 2 à 6 semaines post antibiothérapie

ANTIBIOTHÉRAPIE

- À initier si A/C urinaire positive pour infection

1^{re} choix: Triméthoprime-Sulfaméthoxazole 160/800mg : 1 comprimé PO BID x 5 jours

2^e choix (si allergie aux sulfamidés) : Nitrofurantoïne longue action 100 mg : 1 capsule PO BID x 5 jours

Autre : _____

CONSULTATION

Urologie (cytoscopie)

- ≤ 72h si A/C d'urine négative pour infection **ET** hématurie DIE persistante
- ≤ 14 jours si A/C d'urine négative pour infection **ET** hématurie intermittente
- ≤ 6 semaines si GR négatifs sur A/C d'urine de contrôle post antibiothérapie **ET** sexe masculin assigné à la naissance **ou** âge > 40 ans **ou** tabagisme

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



SM03126



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

HÉMATURIE MACROSCOPIQUE – ACCUEIL CLINIQUE (1^{re} ligne)

2/2

Critères d'exclusion

- Saignement urinaire abondant
- Rétention urinaire
- Atcd de chirurgie urologique ***diriger vers le chirurgien, le cas échéant***
- Douleur intense non soulagée par analgésie
- Rein unique

Critères généraux d'admissibilité

- L'usager.ère 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'usager.ère est âgé.e de 16 ans ou plus **et** n'est pas enceinte.
- La condition clinique est stable.
- L'usager.ère peut se déplacer seul.e, ou est accompagné.e pour assurer ses déplacements.
- L'usager.ère ne présente pas une problématique de santé mentale instable ou un trouble cognitif non compensé par un réseau de soutien significatif.

Nom du médecin référent/IPS (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