



\*SM03129\*



\*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 - SAIGNEMENT VAGINAL AU 1<sup>er</sup> TRIMESTRE – 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 :** \_\_\_\_\_

#### MÉDICATION

- WinRho (compléter l'OPI SM01296 pour demande de produits sanguins, si requis, et acheminer une copie à l'Accueil Clinique. À administrer par l'infirmière de l'Accueil Clinique).
- Acétaminophène 1000mg PO q 6h PRN

#### LABORATOIRES ET EXAMENS DIAGNOSTIQUES

- FSC, groupe sanguin, et b-hCG initial  $\leq 24h$
- Répéter le  $\beta$ -hCG selon l'algorithme Saignement vaginal au 1<sup>er</sup> trimestre
- Échographie obstétricale
- Si  $\beta$ -hCG initial  $> 1500$  u/L :  $\leq 24h$ 
    - **Répéter l'échographie si présence d'un sac gestationnel sans pôle foetal, selon l'algorithme**
  - Si  $\beta$ -hCG initial entre 6-1500 u/L : effectuer l'échographie obstétricale lorsque le b-hCG atteint  $> 1500$  u/L

#### CONSULTATION

Consultation en gynécologie, si Si b-hCG initial  $> 1500$ u/L **ET** une situation parmi le tableau ci-contre :

Absence de sac gestationnel	Suspicion de grossesse ectopique	Grossesse multiple
Grossesse de localisation indéterminée	Sac gestationnel <b>SANS</b> pôle foetal <b>ET</b> $\beta$ -hCG subséquent $\downarrow$ , inchangé <b>OU</b> $\uparrow$ moins de 35%	Toute autre anomalie

#### Suite de la prise en charge :

- Grossesse normale : référer au médecin, à l'IPS, ou à la sage-femme responsable du suivi de la grossesse.
- Deuil périnatal : référer vers le médecin de famille et/ou vers toute ressource communautaire spécialisée en deuil périnatal.

Nom du médecin du médecin/IPS référent : \_\_\_\_\_ 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**



\*SM03129\*



\*HOPITAL06C\*

## ORDONNANCE MÉDICALE

SAIGNEMENT VAGINAL AU 1<sup>e</sup> TRIMESTRE – ACCUEIL CLINIQUE (1<sup>re</sup> LIGNE)

2/2

### Critères d'exclusion

- Saignement vaginal > 1 serviette sanitaire/heure
- Douleur abdominale non soulagée par analgésie
- Grossesse > 13<sup>6/7</sup> semaines

### 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.
- 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 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