

ORDONNANCES MÉDICALES
CLINIQUE EXTERNE PÉRINATALITÉ HSFA

- ☐ **Évaluation à l'urgence obstétricale** : Présentez-vous à l'urgence obstétricale au 4^e étage de l'édifice A
- ☐ **Avec rendez-vous** : Téléphonez à la clinique externe de périnatalité au 418-525-4444, poste 53090 pour obtenir un rendez-vous au plus tard le (aaaa/mm/jj) : ____/____/____. Si un rendez-vous pour une échographie est nécessaire, veuillez le mentionner en appelant pour coordonner les rendez-vous (Échographie : poste 54409)
- ☐ **Sans rendez-vous** : Présentez-vous à la clinique externe de périnatalité au 4^e étage de l'édifice A (local A4-400) (Entre 9h et 15h, du lundi au vendredi). Noter qu'il peut y avoir un délai de prise en charge selon l'occupation.

Médecin référent : _____ **Date prévue d'accouchement** : _____

Conduite :

- ☐ M'aviser des résultats dès que disponibles au N° _____
- ☐ Départ autorisé si bilans sanguins normaux. Si résultats anormaux, m'aviser au N° _____

Prescription	Motif (obligatoire)
<input type="checkbox"/> ERF	
ERF : <input type="checkbox"/> 1 fois /sem <input type="checkbox"/> 2 fois /sem <input type="checkbox"/> ____ fois / ____ sem (en alternance avec écho)	
<input type="checkbox"/> TA q 10 min x 3, q 15 min x 2, puis selon la condition clinique par la suite	
<input type="checkbox"/> Échographie (Remplir le CQ11188)	
Prélèvements : <input type="checkbox"/> Bilan de PES partiel <input type="checkbox"/> Avec protéines urinaires (Protu) <input type="checkbox"/> Sans protéine urinaire (Protu) <input type="checkbox"/> Bilan de PES complet <input type="checkbox"/> Bilan de cholestase <input type="checkbox"/> Autres : _____	
<input type="checkbox"/> Collecte urinaire 24h	
<input type="checkbox"/> Immunoglobuline Anti-D _____ mcg (Remplir CQ6676)	
<input type="checkbox"/> Autres : _____	

PES : Prééclampsie sévère ERF : examen réactivité fœtale

Informations complémentaires :

Signature : _____ **Date (aaaa/mm/jj)** : ____/____/____

N° de pratique : _____