

**ORDONNANCES MÉDICALES**  
**CLINIQUE EXTERNE PÉRINATALITÉ HSFA**

- Évaluation à l'urgence obstétricale** : Présentez-vous à l'urgence obstétricale au 4<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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° \_\_\_\_\_

<b>Prescription</b>	<b>Motif (obligatoire)</b>
<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)	
<b>Prélèvements</b> :	
<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 : \_\_\_\_\_