



RÉFÉRENCE À L'ACCEUIL CLINIQUE

ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE – GYNÉCO 1

Consentement:  Patient  Représentant légal  Double identification faite

SAIGNEMENT 1<sup>ER</sup> TRIMESTRE DE GROSSESSE

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS/SAGE FEMME

- La personne répond aux critères généraux d'admissibilité de l'accueil clinique (Se référer au cadre de référence)
- La personne ne présente aucun des critères d'exclusion suivants : **\*\*Si oui, diriger vers l'urgence\*\***
- Le bilan comparatif des médicaments (BCM) de l'usager (ou une liste à jour de ses médicaments) est joint à cette demande (obligatoire)

- Saignement > 1 serviette sanitaire souillée/h
- Patiente avec fécondation in vitro
- Douleur aigüe suspecte ou possibilité de grossesse ectopique
- Condition à risque de saignement excessif  
Ex. :  
Thrombopénie connue, anticoagulothérapie
- Signes vitaux anormaux : hypotension, tachycardie, et/ou T°B de 38,5 °C et plus
- Grossesse ectopique antérieure

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES) :

INFORMATIONS DE L'USAGER :

Numéro de téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ (cellulaire) : \_\_\_\_\_

J'accepte que les procédures incluses dans l'ordonnance individuelle standardisée soient appliquées (verso)

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT/IPS

Nom et prénom du MD/IPS	ESTAMPE DU RÉFÉRENT		
Clinique			
No téléphone pour les prochaines 24h	No télécopieur		
SIGNATURE DU MÉDECIN/IPS	No DE PERMIS	DATE (AAAA-MM-JJ)	HEURE

MD qui accepte de faire le suivi de l'épisode (SI DIFFÉRENT)

\_\_\_\_\_ Joignable pour les prochaines 24 h au \_\_\_\_\_  
NOM ET PRÉNOM DU MD (LETTRES MOULÉES) No de TÉLÉPHONE

ACCUEIL CLINIQUE SITE VERDUN : TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-765-8529 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-765-8529 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-765-8530  
ACCUEIL CLINIQUE SITE NOTRE-DAME : TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514-362-2829 / INFIRMIÈRE TÉL. : AU 514-362-2829 / INFIRMIÈRE TÉL. : 514-413-8701

## SAIGNEMENT 1<sup>ER</sup> TRIMESTRE DE GROSSESSE

**PRÉLÈVEMENT SANGUIN INITIAL** (À réaliser dès que possible, dans un délai max. de 72h)

**HÉMATOLOGIE** : FSC

**BANQUE DE SANG** : Groupe sanguin, incluant Rhésus

**BIOCHIMIE** :  $\beta$ -hCG

**APPROCHE DE SUIVI**

**Au début de l'investigation :**

- Si  $\beta$ -HCG INITIAL  $\geq 5$  unités ET Rhésus négatif : **Administrer WINRHO<sup>MD</sup> 300 mcg IM (Délai max. : 1 jour ouvrable)**

**Prélèvements sanguins de contrôle :**

- **Si  $\beta$ -HCG INITIAL entre 6 et 1500 unités** :  $\beta$ -HCG de contrôle dans un délai de 48-72 h après  $\beta$ -HCG INITIAL
  - o Si  $\beta$ -HCG de contrôle augmente  $>35\%$ , répéter x3 ad BHCG 1500 (délai 48-72h)
  - o Si  $\beta$ -HCG de contrôle baisse  $>10\%$ , répéter q semaine ad négatif
- **Si Échographie obstétricale INITIALE montre absence d'un pôle fœtal ou sac vitellin** :  $\beta$ -HCG de contrôle dans un délai de 48-72 h

**Épreuves diagnostiques :**

- **Échographie obstétricale INITIALE :**
  - o Si  $\beta$ -HCG initial  $> 1500$  unités (délai 24h)
  - o Si  $\beta$ -HCG de contrôle répétable x3 atteint  $>1500$  unités, et si l'augmentation est de  $>35\%$  entre les mesures
  - o Si  $\beta$ -HCG de contrôle post prélèvement initial stagne (augmente de  $<35\%$  ou baisse  $<10\%$ )
- **Échographie obstétricale de contrôle :**
  - o Si Échographie obstétricale initiale montre une absence de pôle fœtal ou sac vitellin et un  $\beta$ -HCG de contrôle qui augmente de  $>35\%$
  - o Selon opinion gynécologue de garde

**Opinion/consultation gynécologie :**

- Si échographie obstétricale initiale montre :
  - o Absence de sac gestationnel – grossesse de localisation indéterminée – suspicion de grossesse ectopique – grossesse arrêtée – grossesse gémellaire – toute autre anomalie
  - o Présence d'un pôle fœtal ou sac vitellin MAIS cœur fœtal négatif
  - o Absence d'un pôle fœtal ou sac vitellin ET BHCG de contrôle stagne (augmente  $<35\%$ ) ou baisse
  - o Selon le jugement clinique de l'infirmière