



RÉFÉRENCE À L'ACCEUIL CLINIQUE

ORDONNANCE INDIVIDUELLE STANDARDISÉE – GYNÉCO 1

Consentement: Patient Représentant légal Double identification faite

SAIGNEMENT 1^{ER} 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

Clinique

No téléphone pour les prochaines 24h

No télécopieur

ESTAMPE DU RÉFÉRENT

SIGNATURE DU MÉDECIN/IPS

No DE PERMIS

DATE (AAAA-MM-JJ)

HEURE

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

NOM ET PRÉNOM DU MD (LETTRES MOULÉES)

Joignable pour les prochaines 24 h au _____

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^{ER} 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 : β -hCG

APPROCHE DE SUIVI

Au début de l'investigation :

- Si β -HCG INITIAL ≥ 5 unités ET Rhésus négatif : **Administrer WINRHO^{MD} 300 mcg IM (Délai max. : 1 jour ouvrable)**

Prélèvements sanguins de contrôle :

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

Épreuves diagnostiques :

- **Échographie obstétricale INITIALE :**
 - o Si β -HCG initial > 1500 unités (délai 24h)
 - o Si β -HCG de contrôle répétable x3 atteint >1500 unités, et si l'augmentation est de $>35\%$ entre les mesures
 - o Si β -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 β -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