



MOCLI60023

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
 aaaa-mm-jj  
 NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 aaaa-mm  
 Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## GLYCÉMIE CAPILLAIRE EN OBSTÉTRIQUE

Pour les glycémies capillaires, respecter le processus qualité des examens de biologie médicale délocalisés (EBMD). Se référer à OC-6015 *Prise en charge des femmes enceintes diabétiques pendant le travail et en post-partum immédiat*

### Consignes :

- **Faire une glycémie à l'arrivée**
  - Faire glycémie chaque heure dès que l'insuline IV est débutée.
  - **En phase de travail ou lors d'une césarienne élective, se référer au médecin :**
    - si la glycémie est supérieure ou égale à 11 mmol/L, **à une reprise;**
    - si les glycémies sont supérieures ou égales à 8,5 mmol/L, **à deux reprises de façon consécutive;**
    - si la glycémie est supérieure ou égale à 6,1 mmol/L, **malgré une perfusion de 3h à double concentration d'insuline.**
  - **En phase de post-partum** consulter l'OC-6015 et suivre les directives selon le type de diabète.
    - Usagères diabétiques type 1 et type 2 (qui s'alimentent) : Administrer insuline par voie sous-cutanée selon échelle SC (se référer à l'Annexe E de l'OC-6015).

Pour connaître les valeurs cibles référez-vous à la section 4 de l'OC-6015

| Glycémies capillaires (sans perfusion d'insuline IV)                         |       |              |                             |                             |                                |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Lors d'administration d'insuline sous-cutanée documenter la dose sur la FADM |       |              |                             |                             |                                |
| Date                                                                         | Heure | Résultats    |                             |                             | Initiales                      |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |
| aaaa/mm/jj                                                                   | hh:mm | _____ mmol/L | <input type="checkbox"/> AC | <input type="checkbox"/> PC | <input type="checkbox"/> _____ |

  

| Initiales | Signature et titre | Initiales | Signature et titre | Initiale | Signature et titre |
|-----------|--------------------|-----------|--------------------|----------|--------------------|
|           |                    |           |                    |          |                    |
|           |                    |           |                    |          |                    |
|           |                    |           |                    |          |                    |

Nom :

Prénom :

#Dossier :

[illegible]

*\*Appliquer la double vérification indépendante lorsque la perfusion est initiée et lors de tout changement (sac, débit, concentration)*

| Initiales | Signature et titre | Initiales | Signature et titre | Initiale | Signature et titre |
|-----------|--------------------|-----------|--------------------|----------|--------------------|
|           |                    |           |                    |          |                    |
|           |                    |           |                    |          |                    |
|           |                    |           |                    |          |                    |