

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

POST-PARTUM

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Protégée contre la rubéole : ☐ OUI ☐ NON

Gestion active de 3^e stade d'accouchement

_____ Ocytocine 3 unités IV (Dans 2,7 mL de NaCl 0,9%, administrer en 1 à 2 minutes) après la sortie des épaules du bébé

Initiales _____

_____ Ocytocine 10 unités IM après la sortie des épaules du bébé

Initiales _____

_____ Ocytocine 20 unités dans 1000 mL de NaCl 0,9% à 150 mL/h (50 milliunités/min) après la sortie des épaules du bébé jusqu'à expulsion placentaire

Initiales _____

Trousse d'auto-administration OU ☐ administré par infirmière (usagère non admissible à l'automédication)

_____ Acétaminophène 500 mg à 1000 mg PO q 6 h PRN si douleur

Initiales _____

_____ Naproxen 500 mg PO BID PRN si douleur

Initiales _____

Éléments à ajouter à la trousse de base

_____ Hydrocortisone acétate 0,5% / zinc sulfate 0,5% onguent, application topique sur hémorroïdes BID et après chaque selle si douleur. Max : QID

Initiales _____

_____ Lidocaïne 5% onguent, application topique sur hémorroïdes ou périnée si douleur. Max : QID

Initiales _____

_____ Polyéthylène glycol (PEG 3350) 17 g PO DIE PRN si constipation

Initiales _____

Médication hors trousse

_____ Morphine _____ mg ☐ PO ou demi-dose ☐ SC q 4 h PRN si douleur

Initiales _____

_____ HYDROMORPHONE _____ mg ☐ PO ou demi-dose ☐ SC q 4 h PRN si douleur

Initiales _____

_____ Sulfate ferreux 300 mg PO DIE ou _____

Initiales _____

**Si mère Rh négatif = Faire une hémoglobine fœtale dans l'heure suivant la naissance*

WinRho 300 mcg IM ou IV si mère Rh négatif et bébé Rh positif --- **ENVOYER COPIE AU LABO** ---

Vaccin oreillons-rougeole-rubéole si usagère non protégée contre la rubéole (IgG rubéole négatifs ou douteux et sans preuve de vaccination)

_____ Ocytocine 20 unités dans 1000 mL de NaCl 0,9% _____ mL/h (_____ milliunités/min) x _____ h, puis

Initiales _____

_____ mL/h (_____ milliunités/min) x _____ h post sortie du placenta

Autres : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)