

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM
 Nom de la mère : _____

HYPERTENSION GRAVE EN OBSTETRIQUE
(TA systolique supérieure ou égale à 160 mmHg ou TA
diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Soins infirmiers (se référer à la procédure 10140) :

- Mesurer la TA et la FC aux 5 min pendant 20 min après chaque dose, puis q 1 h par la suite
- Monitoring fœtal continu; à cesser selon prescription médicale

Aviser le médecin si :

- Symptômes de céphalée, troubles visuels
- Douleur épigastrique ou hypochondre droit
- Anomalies du cœur fœtal
- Hypotension maternelle
- Persistance de TA systolique supérieure ou égale à 160 mmHg ou TA diastolique supérieure ou égale à 110 mmHg

MÉDICAMENTS :

LABÉTALOL : 100 mg/20 mL fiole ADMINISTRÉ PAR LE MÉDECIN OU INFIRMIÈRE DES SOINS CRITIQUES

** Dose maximale totale de labétalol (bolus) : 300 mg/24 h*

_____ **Labétalol** 20 mg (4 mL) bolus IV ou _____ mg bolus IV x 1 dose en 2 min sans diluer

Initiales

_____ **Labétalol** 20 mg (4 mL) bolus IV ou _____ mg bolus IV en 2 min sans diluer, aux 30 min
 jusqu'à ce que TA systolique inférieure à 160 mmHg ou TA diastolique inférieure à 110 mmHg

Initiales

NIFÉDIPINE : Capsule (ne pas écraser ni croquer)

_____ **Nifédipine** 10 mg PO x 1 dose

Initiales md

_____ **Nifédipine** 10 mg PO aux 45 min jusqu'à ce que TA inférieure à 160/110 (Dose maximale 50 mg)

Initiales md

HYDRALAZINE : 20 mg/mL ampoule ADMINISTRÉ PAR LE MÉDECIN OU INFIRMIÈRE DES SOINS CRITIQUES

_____ **Hydralazine** 5 mg bolus IV ou _____ mg bolus IV x 1 dose en 2 min sans rediluer

Initiales

_____ **Hydralazine** 5 mg bolus IV ou _____ mg bolus IV en 2 min sans rediluer, aux 30 min
 jusqu'à ce que TA systolique inférieure à 160 mmHg ou TA diastolique inférieure à 110 mmHg

Initiales

**Dose maximale totale d'hydralazine (bolus) : 20 mg / 24 h*

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)