

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

HYPERTENSION EN OBSTÉTRIQUE

Médicaments d'entretien

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Soins infirmiers (se référer à la procédure 10140) :

- Mesurer la TA QID
- Mesurer la TA avant chaque dose d'antihypertenseur et 1 heure post dose
- Ne pas donner d'antihypertenseurs si TA systolique inférieure à 120 ou diastolique inférieure à 70

Aviser le médecin si :

TA systolique supérieure ou égale à 160 ou TA diastolique supérieure ou égale à 110

OU

TA systolique supérieure ou égale à _____ ou TA diastolique supérieure ou égale à _____

Initiales md

MÉDICAMENTS :

_____ **Labétalol** (Trandate) _____ mg PO aux _____ heures (maximum de 1200 mg/24 h)

Initiales md

_____ **Labétalol** (Trandate) _____ mg PO aux 6 heures PRN si TA systolique supérieure ou égale à _____ mmHg ou si TA diastolique supérieure ou égale à _____ mmHg (maximum de 1200 mg/24 h)

Initiales md

_____ **Nifédipine longue action** (Adalat-XL) _____ mg PO aux _____ heures (maximum 120 mg/24 heures)

Initiales md

** Ne pas écraser ni croquer*

_____ **Nifédipine** (Adalat) _____ mg PO aux 12 heures PRN si TA systolique supérieure ou égale à _____ mmHg ou si TA diastolique supérieure ou égale à _____ mmHg

Initiales md

_____ **Méthildopa** (Aldomet) _____ mg PO aux _____ heures (maximum 2 g/24 heures)

Initiales md

_____ **Hydralazine** (Aprésoline) _____ mg PO aux 6 heures

Initiales md

_____ **Hydralazine** (Aprésoline) _____ mg PO aux 6 heures PRN si TA systolique supérieure ou égale à _____ mmHg ou si TA diastolique supérieure ou égale à _____ mmHg

Initiales md

Autres :

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du médecin

_____ # permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

_____ Heure d'envoi :

_____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)