

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

**FORMULAIRE DE LIAISON
ORDONNANCES COLLECTIVES
USAGERE DIABETIQUE EN OBSTETRIQUE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Médecin répondant (médecin accoucheur) : _____

Date de la dernière ordonnance collective initiée pour cette usagère : _____

- ☐ J'ai procédé à l'évaluation de l'usagère identifiée ci-dessus. Elle est admissible à recevoir les médicaments identifiés par les initiales du prescripteur. Aucune ordonnance individuelle du même médicament générique n'est présente au dossier.
- ☐ Je me suis référé à la version intégrale de l'ordonnance collective disponible sur l'Intranet du CISSMO.
- ☐ L'usagère ne présente aucune contre-indication énoncée dans l'ordonnance collective.

OC-6015 PRISE EN CHARGE DES FEMMES DIABÉTIQUES PENDANT LE TRAVAIL ET LE POST-PARTUM

PENDANT LE TRAVAIL

_____ Soluté primaire D5% + NaCl 0,9% à 60 mL/h (**soluté de base pour toute usagère diabétique de type 1**)

Initiales

Soluté primaire D5% + NaCl 0,9% à 60 mL/h

ET

Initiales

Insuline RÉGULIÈRE **simple concentration (0,1 unité/mL)**

(Humulin R ou Novolin ge Toronto 25 unités dans 250 mL de NaCl 0,9% selon échelle)

ÉCHELLE D'INSULINE INTRAVEINEUSE SIMPLE concentration (0,1 unité/mL)		
Glycémie (mmol/L)	Débit (mL/h)	Dose (unité/h)
Inférieure ou égale à 6	0	0
6,1 à 7,2	5	0,5
7,2 à 7,8	10	1
7,9 à 8,9	15	1,5
9 à 10	20	2
10,1 à 11,1	30	3
Supérieure ou égale à 11,2	40	4

Si glycémie supérieure ou égale à 6,1 mmol/L après 3 h de perfusion d'insuline IV :

Diminuer la perfusion de D5% + NaCl 0,9% à 40 mL/h

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**FORMULAIRE DE LIAISON
ORDONNANCES COLLECTIVES
USAGÈRE DIABÉTIQUE EN OBSTÉTRIQUE
(SUITE)**

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

Si glycémie demeure supérieure ou égale à 6,1 mmol/L après 3 h du changement de débit de la perfusion de D5% + NaCl 0,9% à 40 mL/h :

Doubler la concentration d'insuline IV selon l'échelle
→ AVISER LE MÉDECIN

_____ Insuline RÉGULIÈRE **double concentration (0,2 unité/mL)**
Initiales (Humulin R ou Novolin ge Toronto **50 unités** dans 250 mL de NaCl 0,9% selon échelle)

ÉCHELLE D'INSULINE INTRAVEINEUSE DOUBLE concentration (0,2 unité/mL)		
Glycémie (mmol/L)	Débit (mL/h)	Dose (unité/h)
Inférieure ou égale à 6	0	0
6,1 à 7,2	5	1
7,3 à 7,8	10	2
7,9 à 8,9	15	3
9 à 10	20	4
10,1 à 11,1	30	6
Supérieure ou égale à 11,2	40	8

EN POST-PARTUM

_____ Échelle d'insuline RAPIDE lispro (Admelog ou Humalog) sous-cutanée **en post-partum**
Initiales

Glycémie (mmol/L)	Insuline (unité)	Insuline au coucher (HS) ½ dose (unité)
Inférieure ou égale à 5,6	0	----
5,7 à 8,3	2	Omettre la dose
8,4 à 11,1	4	2
11,2 à 13,9	5	2,5
14 à 15,9	6	3
16 à 17,9	8	4
18 à 19,9	10	5
Supérieure ou égale à 20	12	6

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)