

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 - 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-6016 INITIER UNE ANTIBIOPROPHYLAXIE VISANT LE STREPTOCOQUE DU GROUPE B (SGB) LORS DE L'ACCOUCHEMENT

Aucune allergie connue à la pénicilline ou réaction d'intolérance (p. ex. : nausées, vomissements, étourdissements, confusion)

_____ Pénicilline G 5 millions unités IV x 1
Initiales puis
Pénicilline G 2,5 millions unités IV q 4 h jusqu'à la naissance

Allergie à la pénicilline à faible risque de réaction anaphylactique (p. ex. : rash maculopapulaire simple (sans urticaire))

[Outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines \(inssss.qc.ca\)](http://inssss.qc.ca)

_____ Céfazoline 2 g IV x 1
Initiales puis
Céfazoline 1 g IV q 8 h jusqu'à la naissance

Allergie à la pénicilline à risque élevé de réaction anaphylactique (p. ex. : urticaire, angioedème, difficulté respiratoire, hypotension)

1^{er} choix : Si SGB sensible à la clindamycine

_____ Clindamycine 900 mg IV q 8 h jusqu'à la naissance
Initiales

2^e choix : Seulement si SGB résistant à la clindamycine ou si sensibilité inconnue

_____ Vancomycine 1 g IV q 12 h jusqu'à la naissance
Initiales

OC-6041 PROCÉDER À LA RÉANIMATION FŒTALE INTRA-UTÉRINE

_____ Installer un soluté de NaCl 0,9% en primaire (si pas déjà en place). Bolus de 500 mL de NaCl 0,9% x 1
Initiales

_____ 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 - OBSTETRIQUE
(SUITE)

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

OC-6039 INITIER LES SOINS ET SURVEILLANCE EN POST-PARTUM

SECTION 2 : Accouchement par césarienne

_____ Terminer le soluté en cours puis poursuivre avec soluté **D5% + NaCl 0,9% à 125 mL/h**

Initiales

Cesser soluté lorsque :

- ✓ Alimentation par la bouche tolérée
- ✓ Signes vitaux stables
- ✓ Premier lever toléré

Laisser le cathéter à injection intermittente (salin lock) 24 heures post-op

Si diurèse inférieure à 120 mL en 4 heures :

_____ Signes vitaux normaux : bolus de 500 mL de NaCl 0,9%

Initiales

_____ Signes vitaux anormaux : bolus de 500 mL de NaCl 0,9% **et AVISER LE MÉDECIN**

Initiales

OC-

Numéro Titre de l'ordonnance collective

Prescription : _____

Initiales

Validité : Cette ordonnance est valide pour 48 h

Date dernière initiation : _____ AAAA-MM-JJ

OC-

Numéro Titre de l'ordonnance collective

Prescription : _____

Initiales

Validité : Cette ordonnance est valide pour 48 h

Date dernière initiation : _____ AAAA-MM-JJ

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)