

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

SOINS ET SURVEILLANCE

- Installer un cathéter périphérique court à injection intermittente avec embout #18 (salin lock)
- Contrôler les signes vitaux (TA, FC, FR, T°) TID
- Test de réactivité fœtal DIE
- Auscultation intermittente TID
- Évaluer l'apparition d'une sensibilité/irritabilité utérine TID
- Aviser médecin si pertes de sang, signes de chorioamnionite, liquide amniotique méconial ou diminution des mouvements fœtaux
- Éviter examen vaginal, sauf si travail actif

LABORATOIRE ET ANALYSE

- ☐ FSC, CRP DIE x 48 heures puis 2x/semaine
- ☐ Analyse et culture d'urine
- ☐ Culture de Streptocoque B si non fait (au cours des 5 dernières semaines) omettre si Streptocoque B urinaire connu
- ☐ Frottis vaginal
- ☐ Syphilis
- ☐ Chlamydia, gonorrhée (préciser le site de prélèvement) : _____

INVESTIGATION

- ☐ Consultation en gynécologie
- ☐ Consultation en pédiatrie

MOBILISATION

- ✓ Mobilisation selon tolérance dans la chambre et sur l'unité (lorsque présentation fixée)
- ✓ Circulation hors unité en fauteuil roulant

Autre : _____

- ☐ Repos au lit privilège toilette, douche permise

DIÈTE

- ☐ Régulière ☐ Diabétique

Autre : _____

MÉDICAMENTS – Si grossesse de 34 semaines et moins

_____ Bétaméthasone 12 mg IM q 24 h x 2 doses

Initiales

_____ Sulfate ferreux 300 mg PO q 2 j

Initiales

_____ Multivitamines prénatales (Pregvit) 1 comprimé rose PO DIE le matin et 1 comprimé bleu PO DIE le soir

Initiales

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

Initiales

Autre : _____

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

ANTIBIOPROPHYLAXIE à cesser en travail actif

Et initier, si applicable, *OC-6016* Initier une antibioprophylaxie visant le streptocoque du groupe B lors d'accouchement

Absence d'allergie aux antibiotiques

Initiales _____

[Azithromycine 1 g PO x 1
ET
Ampicilline 2 g IV q 6 h x 48 heures suivi d'amoxicilline 500 mg PO TID x 5 jours

Si allergie aux bêta-lactamines

N.B. En cas d'antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines, consulter l'outil d'aide à la décision de l'INESSS
[Outil d'aide à la décision en cas d'allergie aux pénicillines \(inesss.qc.ca\)](https://www.INESSS.ca/fr/ressources/outil-d-aide-a-la-decision-en-cas-d-allergie-aux-penicillines)

Allergie non sévère aux bêta-lactamines

Initiales _____

[Azithromycine 1 g PO x 1
ET
Céfazoline 1 g IV q 8 h x 48 heures suivi de céphalexine 500 mg PO QID x 5 jours

Allergie sévère aux bêta-lactamines ET SGB sensible à la clindamycine

Initiales _____

[Azithromycine 1 g PO x 1
ET
Clindamycine 900 mg IV q 8 h x 48 heures suivi de clindamycine 300 mg PO q TID x 5 jours
ET
Gentamicine 5 mg/kg (poids réel) = _____ mg IV q 24 h x 2 doses

Allergie sévère aux bêta-lactamines et SGB résistant à clindamycine

Initiales _____

[Azithromycine 1 g PO x 1
ET
Vancomycine 20 mg/kg (poids réel) = _____ mg (max 2000 mg) (arrondir aux 250 mg près) IV q 8 h x 48 heures
ET
Gentamicine 5 mg/kg (poids réel) = _____ mg IV q 24 h x 2 doses

NEUROPROTECTION

À envisager si grossesse de moins de 34 semaines ET travail actif :

- Prescrire le sulfate de magnésium pour neuroprotection
Remplir *OIPI-745 Sulfate de magnésium pré-éclampsie et éclampsie*

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