Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

INTERRUPTION VOLONTAIRE GROSSESSE (IVG)
MEDICALE - LIAISON ET ORDONNANCE EXTERNE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Date de la grossesse : _____ (JJ/MM/AAAA) Nombre de jours : _____ En date du : _____ (JJ/MM/AAAA)

S'assurer que l'usagère ne présente pas de contre-indication au traitement prescrit

_____ (Initiales) WinRho 120 mg IM si facteur Rh négatif (disponible à la banque de sang)

RÉGIME MÉTHOTREXATE ET MISOPROSTOL NR = Non renouvelable

Méthotrexate 50 mg PO STAT — Qté _____ co NR

ET

_____ (Initiales) Misoprostol 800 mcg, 3 à 5 jours après le méthotrexate

☐ PO ☐ par voie vaginale

ET RÉPÉTER — Qté _____ co NR

Misoprostol 800 mcg, 24 heures après la première dose

☐ PO ☐ par voie vaginale

RÉGIME MIFÉPRISTONE ET MISOPROSTOL (MIFEGYMISO)

Mifépristone 200 mg PO STAT

ET

_____ (Initiales) Misoprostol 800 mcg, 24 à 48 heures après le mifépristone

☐ PO ☐ par voie vaginale

☐ par voie sublinguale en plaçant les comprimés entre les joues et les gencives durant 30 min. Par la suite avaler les fragments résiduels avec de l'eau. — Qté _____ co NR

Prévoir dimenhyDRINATE pour 15 jours post intervention (à prescrire dans la section ci-bas)

MÉDICAMENTS DE SUPPORT

_____ (Initiales) Acétaminophène ☐ 650 mg q 4 h OU ☐ 1000 mg PO q 6 h PRN si fièvre ou douleur — Qté _____ co NR

_____ (Initiales) Ibubrofène 600 mg PO q 6 à 8 h si fièvre ou douleur — Qté _____ co NR

_____ (Initiales) Naproxène 500 mg PO q 12 h si fièvre ou douleur — Qté _____ co NR

_____ (Initiales) DimenhyDRINATE ☐ 50 mg ☐ 100 mg PO aux 4 à 6 h si nausées — Qté _____ co NR

_____ (Initiales) DimenhyDRINATE ☐ 50 mg ☐ 100 mg IR aux 4 à 6 h si nausées — Qté _____ supp NR

_____ (Initiales) Ondansétron 8 mg PO q 8 h si nausées et vomissements — Qté _____ co NR
Médicament non couvert par la RAMQ pour cette indication

_____ (Initiales) Morphine 5 mg à 7,5 mg PO q 4 h si douleur non soulagée par autres médicaments — Qté _____ co NR

Autre : _____

Nom du pharmacien : _____ Télécopieur : _____

Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé.

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis

☐ Envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)