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 de la mère : _____

INTERRUPTION VOLONTAIRE GROSSESSE (IVG) CHIRURGICALE PER ET POST

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

_____ DimenhyDRINATE 50 mg PO x 1 dose si nausées, vomissements
Initiales

_____ DimenhyDRINATE 50 mg IR x 1 dose si nausées, vomissements
Initiales

_____ DimenhyDRINATE 100 mg PO x 1 dose si nausées, vomissements
Initiales

_____ DimenhyDRINATE 100 mg IR x 1 dose si nausées, vomissements
Initiales

_____ Granisétron 1 mg IV x 1 dose si nausées, vomissements
Initiales

_____ Ondansétron 4 mg PO x 1 dose si nausées, vomissements
Initiales

_____ Ondansétron 4 mg IV x 1 dose si nausées, vomissements
Initiales

_____ Kétoralac (Toradol) 30 mg IM x 1 dose si douleur
Initiales

_____ Indométhacine 100 mg IR x 1 dose si douleur
Initiales

_____ Naproxène 500 mg PO x 1 dose si douleur
Initiales

_____ Acétaminophène 1000 mg PO x 1 dose si douleur
Initiales

_____ Morphine 5 mg PO x 1 dose si douleur importante
Initiales

_____ Morphine 10 mg PO x 1 dose si douleur importante
Initiales

_____ Médroxyprogestérone (Dépo-Provera) 150 mg IM x 1 dose comme contraceptif
Initiales

_____ Doxycycline 200 mg PO, avec collation, 30 minutes post-IVG ou avec le souper le jour de l'intervention
Initiales

_____ Doxycycline 300 mg PO, avec collation, 30 minutes post-IVG ou avec le souper le jour de l'intervention
Initiales

Autre : _____

_____

_____

_____

_____

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