

Surveillance fœtale pendant le travail à l'aide de l'auscultation intermittente ou du monitoring fœtal électronique

Direction(s) responsable(s)	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical	Approuvé	2017-08-30
	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Révisé	
Installations / Secteurs visés	Hôpital Anna-Laberge / Pavillon de naissance; Hôpital du Suroît / Centre mère-enfant		
Outils cliniques associés	Aucun		

Énoncé

La surveillance de la santé fœtale pendant le travail a comme objectif de déceler tout risque de décompensation fœtale et d'intervenir suffisamment tôt pour éviter les lésions ou le décès fœtal. Son but est donc d'assurer des soins sécuritaires en diminuant le risque de pratiquer des interventions invasives pour la mère sans compromettre l'issue néonatale.

Cette surveillance peut se faire de deux façons, soit par auscultation intermittente (AI), ou par monitoring fœtal électronique (MFÉ). L'auscultation intermittente est la méthode privilégiée de surveillance fœtale pour les femmes en travail spontané, avec une grossesse ne présentant aucun risque obstétrical.

Champ d'application / Contexte légal

La surveillance de la santé fœtale repose sur une étroite collaboration entre les médecins accoucheurs et les infirmières.

En conformité avec l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, l'infirmière peut, notamment, évaluer l'état de santé d'une personne, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers et prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et de fournir des soins palliatifs.

La présente procédure représente un consensus de l'équipe médicale de l'établissement concernant la surveillance fœtale à effectuer et est basée sur les lignes directrices présentes dans la littérature scientifique. L'infirmière doit appliquer cette procédure en l'absence d'indications contraires données par le médecin accoucheur dans une ordonnance individuelle inscrite au dossier de l'usagère.

Définitions

AI : Auscultation intermittente

MFÉ : Monitoring fœtal électronique continu

FCF : Fréquence cardiaque fœtale

Objectifs

- Énoncer les indications et les limites de l'auscultation intermittente (AI) et du monitoring fœtal électronique (MFÉ).
- Offrir des balises quant à la fréquence de l'auscultation intermittente (AI).
- Assurer une prise en charge interdisciplinaire concertée (médecins accoucheurs et infirmières) des tracés de la fréquence cardiaque fœtale normaux, atypiques et anormaux.
- Communiquer l'information efficacement au moyen d'une terminologie claire et adéquate.

Intervenants concernés

- Infirmières¹
- Médecins accoucheurs

¹ Les infirmières habilitées à appliquer cette procédure clinique doivent avoir reçu la formation nécessaire selon le programme de formation spécifique en obstétrique et postpartum.

Rôles et responsabilités

La surveillance fœtale repose sur une étroite collaboration entre les accoucheurs et les infirmières.

Infirmières

- Choisir la méthode d'auscultation intermittente (AI) ou du monitoring fœtal électronique (MFÉ) selon les indications et les contre-indications.
- Respecter les aspects techniques d'auscultation intermittente (AI) et du monitoring fœtal électronique (MFÉ).
- Réévaluer régulièrement la situation clinique. Ajuster la fréquence d'auscultation intermittente (AI) ou réviser le choix de la méthode de surveillance, s'il y a lieu.
- Aviser le médecin lors de toutes situations particulières selon le jugement clinique.
- Documenter au dossier les éléments de la surveillance fœtale.

Médecins accoucheurs

- Assurer un suivi de l'évolution du travail et s'informer des données relatives à la surveillance fœtale.

Note : En tout temps, le médecin peut émettre une ordonnance individuelle pour préciser la méthode de surveillance fœtale souhaitée et certaines modalités d'application.

Médecins accoucheurs et infirmières

- Communiquer de manière efficace afin d'assurer le suivi de la surveillance fœtale.
- Maintenir à jour les connaissances et les compétences en matière d'interprétation des tracés par le biais de formations reconnues (ex. : formation offerte par un instructeur en surveillance fœtale, formation offerte dans le cadre de l'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (**AMPRO**^{OB})).

Procédure

L'auscultation intermittente (AI) est la méthode privilégiée de surveillance fœtale pour les femmes en travail spontané, avec une grossesse ne présentant aucun risque obstétrical. Toutefois, certaines conditions cliniques nécessitent le recours au monitoring fœtal électronique continu.

Lors d'une admission d'une usagère en travail, l'infirmière doit déterminer la méthode de surveillance fœtale à appliquer.

Indications pour appliquer l'auscultation intermittente (AI) :

- Travail spontané;
- Absence de facteur de risque obstétrical;
- ≥ 36 semaines et < 41 semaines +3 jours de gestation;
- Absence de contre-indications (tableau 1) ou d'une ordonnance individuelle précisant le recours au monitoring fœtal électronique continu.

L'infirmière doit utiliser le monitoring fœtal électronique continu en présence de contre-indications mentionnées au tableau 1, ou d'une ordonnance individuelle à cet effet au dossier de l'usagère.

Tableau 1		
Contre-indications à l'auscultation intermittente (AI) / Indications pour le monitoring fœtal électronique (MFE)		
Anténatal	Conditions maternelles	Conditions fœtales
	Césarienne antérieure (AVAC)	Retard de croissance intra-utérin (RCIU)
	Diabète gestationnel, type 1 ou type 2	Prématurité < 36 semaines
	Troubles hypertensifs (HTA, pré-éclampsie, HELLP)	Post-datisme > 42 semaines ou ≥ 41 semaines +3 jours avec TRF ou ILA anormaux
	Obésité (IMC > 35)	Présentation du siège
	Maladie cardiaque ou vasculaire	Oligohydramnios
	Maladie rénale	Vélocimétrie Doppler de l'artère ombilicale anormal
	Hyperthyroïdie	Grossesse gémellaire
	Hémoglobinopathies/anémie sévère (Hb < 100)	
	Alloimmunisation	
	Traumatisme maternel (ex. : accident automobile)	
Intrapartum	Conditions maternelles	Conditions fœtales
	Induction / stimulation avec ocytocine	Liquide amniotique méconial
	Rupture prolongée des membranes (> 24 h)	FCF anormale à l'auscultation
	T° maternelle ≥ 38° C ou chorioamnionite	
	Saignement actif ou décollement placentaire (DPPNI) ¹	
	Hypertonie utérine	

¹ Décollement prématuré d'un placenta normalement implanté.

I AUSCULTATION INTERMITTENTE (AI)

TECHNIQUE :

1. Déterminer la présentation et la position fœtale en effectuant la manœuvre de Léopold.
2. Utiliser un doppler portatif de préférence ou, si non disponible, un capteur de moniteur électronique sans déroulement de tracé.
3. Placer le capteur sur le dos fœtal.
4. Prendre le pouls maternel simultanément pour le distinguer de celui du fœtus.
5. Palper l'activité utérine.
6. Déterminer la fréquence cardiaque fœtale (FCF) de base : écouter les bruits cardiaques fœtaux pendant 60 secondes entre les contractions.
7. Procéder à **des évaluations régulières immédiatement après les contractions** afin de déterminer si la FCF ne s'écarte pas de cette valeur.

FRÉQUENCE :

Mesurer la FCF immédiatement après une contraction pendant 60 secondes :

- En phase de latence : q 60 min (si patiente à l'hôpital)
- En phase active : 1^{er} stade : q 15-30 minutes;
2^e stade : Phase non-expulsive : q 15 minutes;
Phase expulsive : q 5 minutes ou post chaque contraction.
- Sous épidurale : Même surveillance sauf monitoring continu x 30 minutes après dose initiale, après chaque bolus ou augmentation du débit
- Protocole ocytocine : Pas d'auscultation intermittente, monitoring continu jusqu'à l'accouchement et autorisation de pauses lorsque dose stable (soit depuis 30-60 minutes selon jugement clinique) et tracé normal

Mesurer la FCF AVANT :

- Toute intervention visant à accélérer le travail (ex. : amniotomie)
- La marche ou le bain
- L'administration de médicaments
- Le transfert de la parturiente

Mesurer la FCF APRÈS :

- L'arrivée de la parturiente (admission)
- La rupture spontanée ou artificielle des membranes
- Un examen vaginal ou stimulation du scalp fœtal
- Tout événement anormal survenu pendant le travail (hypotension maternelle, douleur soudaine, activité utérine anormale, etc.)

Surveillance fœtale pendant le travail à l'aide de l'auscultation intermittente (AI) ou du monitoring électronique fœtal (MFE)

N° de la procédure clinique PRO-6012

ÉLÉMENTS À ÉVALUER LORS D'UNE AI :

A. Caractéristiques de l'activité utérine obtenues par palpation :

- Fréquence des contractions (en minutes) – La norme est de < 5 contractions en 10 minutes
- Durée (en secondes) – La durée normale est <90 secondes
- Intensité (faible, modérée ou forte)
- Tonus utérin entre les contractions (souple ou ferme) – La norme est un relâchement >30 secondes

B. Données sur la fréquence cardiaque fœtale (FCF) :

- Fréquence de base (en battements par minute) – Fréquence normale de 110 à 160 bpm
- Rythme (régulier ou irrégulier)
- Nature des modifications (accélération ou décélération graduelle ou abrupte)

** AI ne permet pas d'évaluer la variabilité et le type de décélération*

C. Interprétation de l'auscultation intermittente (AI) :

- Normale ou anormale
- Mesures particulières prises au moment des modifications de la FCF
- Autres observations et évaluations maternelles
- Réactions maternelles et fœtales aux interventions
- Communication avec le médecin lorsque les résultats sont anormaux

Documentation

L'infirmière doit documenter sur le formulaire « Dossier obstétrical (AH-270) » les données évaluées citées ci-haut.

***Voir algorithme pour la gestion de l'auscultation intermittente (annexe A)**

Alerte

Cesser AI et débuter monitoring continu si une de ces situations persiste malgré réanimation intra-utérine :

- CF anormal : <110
>160
Décélérations
Changements fréquence de base
- Activité utérine excessive: Tachysystolie (>5 contractions en 10 minutes)
Tonus de repos (relâchement < 30 secondes)
Durée de la contraction >90 secondes
Doublets, triplets

- Stimulation du travail avec l'ocytocine
- Saignement vaginal actif ou suspicion de DPPNI
- Fièvre maternelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou suspicion de chorioamnionite
- Rupture prolongée des membranes (>24h)
- Apparition de méconium dans le liquide amniotique

***En cas de détection d'une FCF anormale par auscultation intermittente, qui ne réagit pas aux mesures de réanimation (Annexe B), il faut exercer une surveillance accrue par MFÉ continu, et envisager un prélèvement de sang fœtal à partir du cuir chevelu (si disponible) ou l'accouchement du fœtus si possible.**

II MONITORAGE FOETAL ÉLECTRONIQUE (MFÉ) (SEULEMENT EN PRÉSENCE D'INDICATION)

Documenter au dossier l'indication motivant la mise en œuvre d'un MFÉ.

Le monitoring fœtal électronique est recommandé à l'admission seulement pour une patiente présentant un ou des facteurs de risques, puis doit être en continu sauf si prescription contraire au dossier.

L'utilisation de l'AI pourrait être envisagé si tracé normal pendant 60 minutes avec l'accord médical.

TECHNIQUE :

- **Externe :** Un transducteur échographique (pour la détection des bruits du cœur) et un tocodynamomètre (pour la mesure de la pression utérine) sont appliqués sur l'abdomen de la femme et maintenus en place par des ceintures externes. La vitesse de déroulement du papier doit être de 3 cm/min.
- **Interne :** Une électrode en spirale pour enregistrer les pulsations du cœur fœtal est fixée au cuir chevelu du fœtus par voie transvaginale. Les membranes doivent être rompues. L'activité utérine peut être évaluée simultanément à l'aide d'un tocodynamomètre externe ou d'une sonde de pression intra-utérine (SPIU). La SPIU est introduite dans la cavité utérine en passant par le col dilaté et transmet les variations de la pression dans l'utérus. La SPIU mesure avec précision le tonus intra-utérin au repos, ainsi que l'intensité, la durée et la fréquence des contractions.
- Contre-indications quant au recours à l'électrode en spirale :
 - Placenta prævia ou vasa prævia
 - Présentation de la face
 - Présentation non déterminée
 - Mère séropositive pour le VIH
 - Herpès génital actif
 - Hépatite B ou C chez la mère
 - Infection intra-utérine
 - Suspicion de thrombocytopénie néonatale

ÉLÉMENTS À ÉVALUER :

A. Caractéristiques de l'activité utérine obtenues par tocotransducteur externe ou interne et palpation :

- Fréquence des contractions (en minutes)
- Durée (en secondes)
- Intensité (faible, modérée ou forte)
- Tonus utérin entre les contractions (souple ou ferme)

B. Données sur la FCF :

- Fréquence cardiaque fœtale de base mesurée sur période de 10 minutes (en bpm)
- Normal entre 110 et 160 bpm
- Tachycardie > 160 bpm
- Bradycardie < 110 bpm

C. Variabilité : (mesurée sur période de 10 minutes)

- Absente
- Minimale (≤ 5 bpm)
- Modérée (6-25 bpm)
- Marquée (>25 bpm)
- Sinusoïdal

D. Présence / absence d'accélération : élévation abrupte de FCF >15 bpm, pendant au moins 15 secondes, mais moins de 2 minutes.

E. Présence et type de décélérations

- Précoces
- Tardives
- Variables non compliquées
- Variables compliquées (annexe C)

F. Interprétation du tracé de MFÉ :

- Le tracé du MFE est interprété comme étant **normal, atypique ou anormal**

***Voir tableaux de l'annexe D et E pour description des tracés et de leurs interprétations**

Documentation

L'infirmière doit documenter sur le formulaire « Dossier obstétrical (AH-270) » les données évaluées citées ci-haut à l'aide la légende et :

- Mesures particulières prises si le tracé est atypique ou anormal
- Communication avec le médecin
- Autres observations et évaluations maternelles
- Réactions maternelles et fœtales aux interventions

Fréquence de la documentation du tracé du MFÉ :

- En phase de latence : q 60 minutes
- En phase active : 1^{er} stade : q 15-30 minutes
2^e stade : Phase non expulsive : q 15 minutes
Phase expulsive : q 5 minutes ou après chaque contraction
- Protocole d'ocytocine : q 15 minutes

** Tous les tracés de monitoring fœtal électronique doivent être bien identifiés, datés et l'heure inscrite. Si des données maternelles sont inscrites sur le tracé, par exemple des signes vitaux ou l'administration de médication, la chronologie des informations écrites sur les feuilles du dossier obstétricales doivent correspondre à celles des tracés.*

**Si le MFÉ est normal, le tracé peut être interrompu jusqu'à 30 minutes pour permettre à la patiente de déambuler.*

Annexes

Annexe A : Algorithme – Évaluations et interventions à effectuer selon les données obtenues à l'auscultation intermittente

Annexe B : Prise en charge de la fréquence cardiaque fœtale anormale par auscultation intermittente

Annexe C : Tableau résumé des types de décélération

Annexe D : Classification des tracés du MFÉ

Annexe E : Classification des tracés MFÉ intrapartum

Références

Ampro^{OB} (2016). La vie au premier plan. Module 1, chapitre : Bien-être fœtal.

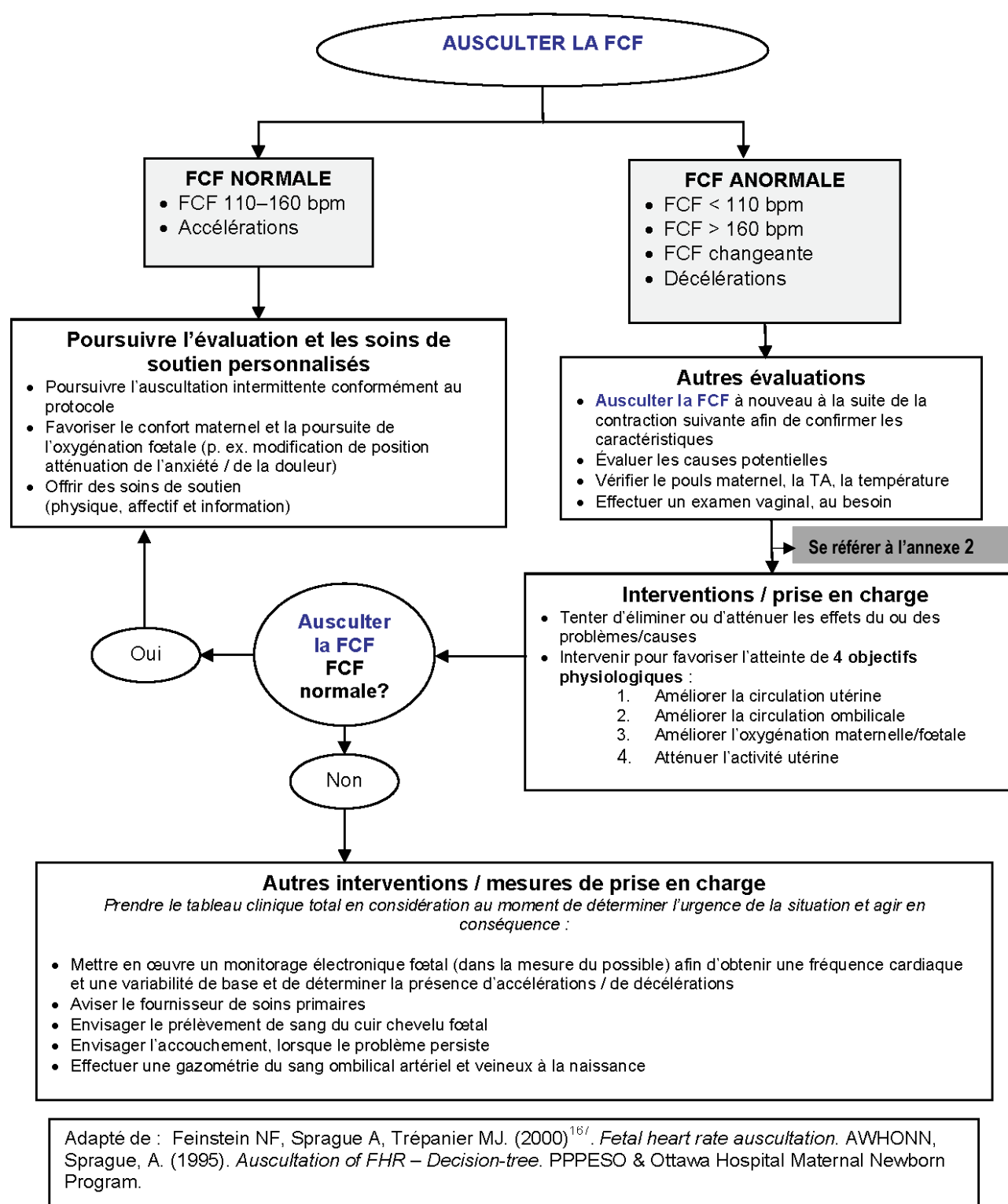
Langlois, H. / Société des obstétriciens et gynécologues du Canada –SOGC (2014) La surveillance fœtale durant le travail. Hélène Langlois. Gouvernement du Québec, Portail d'information prénatale de l'Institut national de santé publique -INSPQ. Disponible en ligne au : www.inspq.qc.ca/information-perinatale.

Liston R, Sawchuck D, Young D/ Société des obstétriciens et gynécologues du Canada -SOGC (reconduit en 2013). Fetal Health Surveillance Consensus Committee. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. Chapter 2: intrapartum fetal surveillance [SOGC clinical practice guideline no 107]. Journal of obstetrics and Gynaecology, 2007, 29: 9 (Suppl 4):S26-S44. Document consulté à l'adresse : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui197CPG0709r.pdf>.

CSSS Sud de Lanaudière (2010). Protocole thérapeutique : auscultation intermittente. Publication interne du CSSS Sud de Lanaudière.

ANNEXE A

Algorithme – Évaluations et interventions à effectuer selon les données obtenues à l'auscultation intermittente



ANNEXE B

Prise en charge de la fréquence cardiaque fœtale anormale par auscultation intermittente

TACHYCARDIE	• Modifier la position de la mère pour augmenter la perfusion utéroplacentaire ou diminuer la compression du cordon. • S'assurer qu'il ne s'agit pas de fièvre, de déshydratation, d'effet médicamenteux ou de prématurité. • Corriger l'hypovolémie maternelle, s'il y a lieu, en augmentant l'administration de solution IV. • Vérifier le pouls et la tension artérielle de la mère.
DÉCÉLÉRATIONS	• Modifier la position de la mère. • Examiner le liquide amniotique pour voir s'il y a du méconium. • Corriger l'hypotension, s'il y a lieu. • Considérez l'administration de l'oxygène par masque à raison de 8 à 10 l/min <i>en présence d'une hypoxie ou d'une hypovolémie confirmée ou soupçonnée chez la mère.</i>
BRADYCARDIE	• Modifier la position de la mère pour augmenter la perfusion utéroplacentaire ou diminuer la compression du cordon. • Pratiquer un examen vaginal pour déterminer s'il y a une procidence du cordon (voir ci-dessous) ou pour diminuer la compression du cordon. • Envisager d'administrer de l'oxygène par masque à raison de 8 à 10 l/min <i>en présence d'une hypoxie ou d'une hypovolémie confirmée ou soupçonnée chez la mère.</i> • Corriger l'hypovolémie maternelle, le cas échéant, en augmentant l'administration de solution IV. • Vérifier le pouls et la tension artérielle de la mère.
MESURES SUPPLÉMENTAIRES	• Continuer d'ausculter la FCF pour identifier et noter ses caractéristiques. • Envisager l'amorce de MFE pour identifier et noter les caractéristiques de la FCF. • Si les anomalies persistent en dépit des mesures correctives et si des tests auxiliaires ne sont pas possibles ou souhaitables, il faut envisager la possibilité d'accélérer l'accouchement.
AI TECHNIQUEMENT INADÉQUATE/ÉCHEC DE L'AI	• Amorcer le monitoring électronique de la FCF (MFE).

Source : Ampro^{OB} (2016). *La vie au premier plan. Chapitre Bien-être fœtal.*

Note : En cas de détection d'une FCF anormale par auscultation intermittente, qui ne réagit pas aux mesures ci-haut mentionnées, il faut exercer une surveillance accrue par MFE continu. Lors d'un tracé atypique ou anormal, l'infirmière doit initier les premières interventions de RÉANIMATION FŒTALE INTRA-UTÉRINE, aviser en urgence le médecin. Suivre les indications aux outils cliniques en vigueur et les directives médicales subséquentes.

ANNEXE C

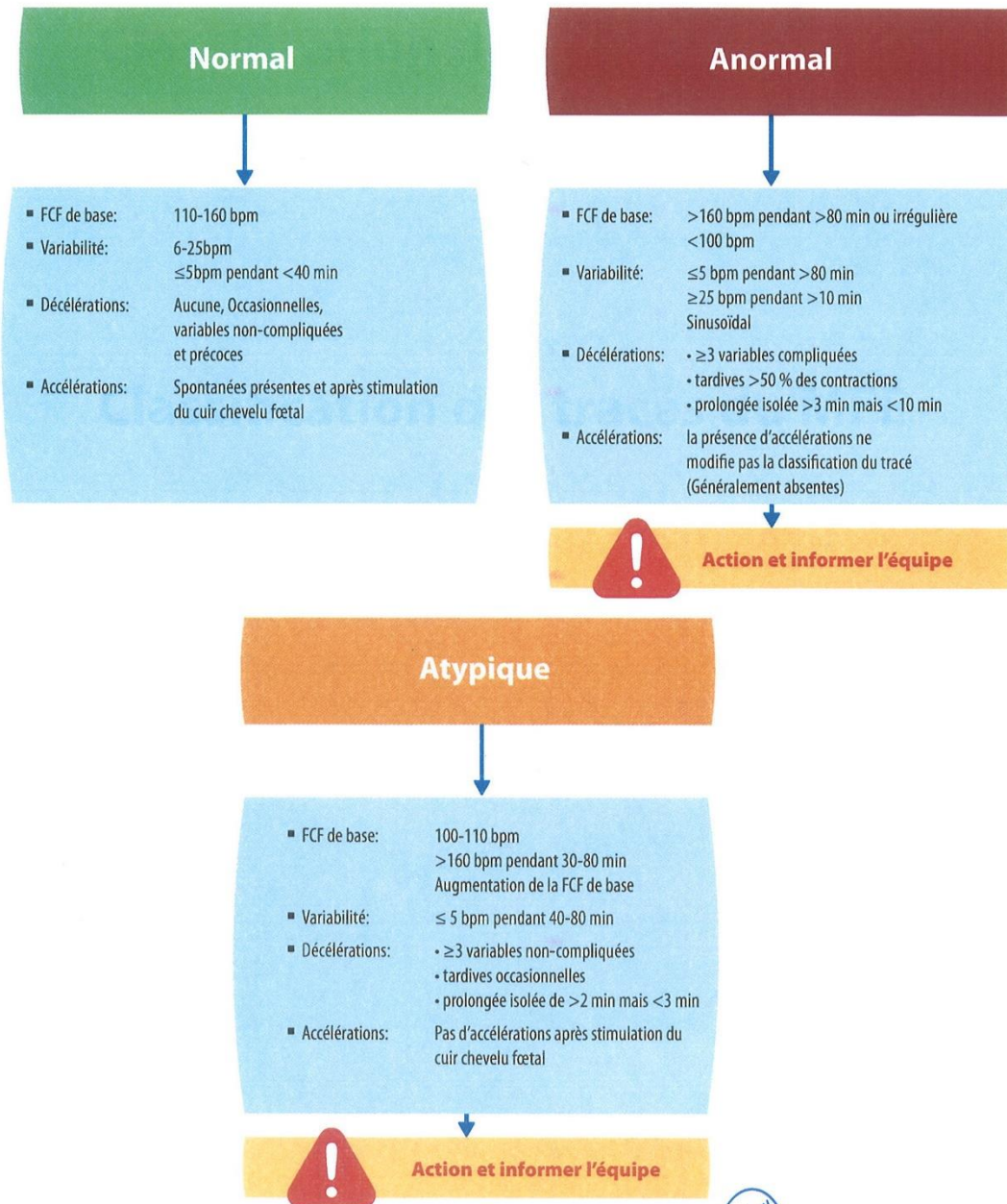
Tableau résumé des types de décélération

Type de décélération	Définition	Causes possibles/Interprétation
Précoce	Diminution graduelle de la FCF (définie comme un ralentissement d'au moins 30 secondes, entre son début et son nadir, puis retour à la FCF de base associé à une contraction). Habituellement symétrique, le nadir se produit au même moment que le pic de la contraction. Dans la plupart des cas, le début, le nadir et la fin de la décélération <i>coïncident</i> respectivement avec le début, le pic et la fin de la contraction.	Associée à une compression de la tête fœtale Réputée bénigne Non associée à l'acidémie fœtale
Tardive	Diminution graduelle généralement symétrique. Le début, le nadir et la fin de la décélération <i>sont retardés</i> par rapport au début, au pic et à la fin de la contraction correspondante. L'intervalle entre le début et le nadir de la décélération est généralement > 30 secondes. Le nadir de la décélération survient après le pic de la contraction.	Associées à une insuffisance utéroplacentaire et peuvent indiquer un certain degré d'hypoxie
Variable	Diminution brusque de la FCF ayant généralement une durée de moins de 30 secondes entre son début et son nadir. La FCF diminue d'au moins 15 battements par rapport à la FCF de base, pendant au moins 15 secondes, mais moins de deux minutes. Peuvent être épisodiques ou périodiques (si elles sont périodiques, leurs début, ampleur et durée varient habituellement au fil des contractions). Elles peuvent être non compliquées ou compliquées .	On croit qu'il s'agit d'une réaction associée à une stimulation vagale consécutive à la compression du cordon pendant le travail. La décélération la plus fréquemment observée durant le travail.
Variable non compliquée	Présente souvent des « épaules » c.-à-d. accélération initiale suivie d'une décélération rapide jusqu'au nadir, retour rapide à la FCF de base, suivi d'une accélération secondaire.	N'est pas systématiquement associée à une issue néonatale indésirable
Variable compliquée	Décélération à moins de 70 bpm pendant > 60 secondes. Perte de variabilité de la FCF de base. Tracé biphasique Accélération secondaire prolongée « overshoot » ou accélération prolongée et lisse après la décélération > 20 bpm ou d'une durée > 20 secondes. Retour lent à la valeur de référence. Persistance de la FCF de référence à un niveau inférieur à celui précédant la décélération. Présence d'une bradycardie ou d'une tachycardie fœtale. Peut présenter une ou plusieurs de ces caractéristiques	Peut indiquer la présence d'une hypoxie fœtale

Source : Adapté de Ampro^{OB} (2016). *La vie au premier plan. Chapitre Bien-être fœtal*.

ANNEXE D

Classification des tracés du MFÉ



ampro^{OB}
La vie au premier plan

amproob.com

© 2016 Salus Global Corporation. AMPRO^{OB} est une marque déposée de la société : Salus Global Corporation. Tous droits réservés

ANNEXE E

Tableau 15 Classification des tracés de MFÉ intrapartum

	Tracé normal (anciennement « rassurant »)	Tracé atypique (anciennement « non rassurant »)	Tracé anormal (anciennement « non rassurant »)
Valeur de base	110–160 bpm	Bradycardie 100–110 bpm Tachycardie > 160 pendant de > 30 min à < 80 min <u>Hausse de la valeur de base</u>	Bradycardie < 100 bpm Tachycardie > 160 pendant > 80 min. Valeur de base erratique
Variabilité	6–25 bpm ≤ 5 bpm pendant < 40 min	≤ 5 bpm pendant 40–80 min	≤ 5 bpm pendant > 80 min ≥ 25 bpm pendant > 10 min Sinusoïdale
Décélérations	Décélérations variables ou précoces non compliquées absentes ou occasionnelles	Décélérations variables non compliquées répétitives (≥ 3) Décélérations tardives occasionnelles Décélération prolongée unique > 2 min, mais < 3 min	Décélérations variables compliquées répétitives (≥ 3) : décélération jusqu'à < 70 bpm pendant > 60 s perte de variabilité de la FCF de base et dans le creux de la décélération décélérations biphasiques dépassements lent retour à la valeur de base valeur de base à un niveau inférieur par rapport à celui ayant précédé la décélération présence de tachycardie ou de bradycardie fœtale Décélérations tardives > 50 % des contractions Décélération prolongée unique > 3 min, mais < 10 min
Accélérations	Présence d'accélérations spontanées (la FCF connaît une hausse de > 15 bpm d'une durée de > 15 secondes (< 32 ^e semaine de gestation, hausse de la FCF > 10 bpm d'une durée de > 10 secondes) Présence d'accélérations au moment de la stimulation du cuir chevelu fœtal	Absence d'accélération au moment de la stimulation du cuir chevelu fœtal	Habituellement absentes*
MESURE	Il peut s'avérer approprié d'interrompre le MFÉ pendant une période pouvant atteindre 30 minutes, pourvu que l'état fœto-maternel et/ou que la vitesse de perfusion d'oxytocine soient stables.	La poursuite d'une évaluation vigilante s'avère requise, particulièrement en présence de caractéristiques combinées.	MESURE REQUISE Analyser la situation clinique globale, obtenir le pH du cuir chevelu, lorsque cela s'avère approprié, préparer l'accouchement.

*Habituellement absentes; toutefois, lorsque des accélérations sont présentes, cela n'affecte pas la classification du tracé.

Source : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada -SOGC (reconduit en 2013). Fetal Health Surveillance Consensus Committee. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. Chapter 2: intrapartum fetal surveillance [SOGC clinical practice guideline no 107]. Journal of obstetrics and Gynaecology, 2007, 29: 9 (Suppl 4), page S43.

Processus d'élaboration / révision		
Rédigé par	Mélanie Guérin, infirmière support clinique en périnatalité, Hôpital Anna-Laberge	2017-05-22
Personnes consultées	Dre Julie Brisson, obstétricienne-gynécologue, Hôpital du Suroît	2017-04-01
	Marie-Hélène Faille, conseillère cadre au développement des outils cliniques	2017-05-22
	Catherine Leblanc, instructeur BEF, ASI, CME, Hôpital du Suroît	2017-05-22
	Sophie Ouellet, infirmière et instructeur AI, Hôpital Anna-Laberge	2017-04-01
	Dre Jocelyne Paulin, médecin omnipraticien, CME, Hôpital du Suroît	2017-05-22
	Dre Marieve Pellerin, obstétricienne-gynécologue, Hôpital Anna-Laberge	2017-04-01

Processus de recommandation		
Recommandé par les chefs de départements médicaux	 Dre Josée Hébert, chef du département de gynécologie et de périnatalité, Hôpital Anna-Laberge	2017-08-21
Recommandé par :	 Chantal Careau, directrice adjointe des soins infirmiers à la qualité et l'évolution de la pratique	2017-08-21

Historique du document		
Approuvé par	 Dr Gaétan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2017-08-30

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette procédure clinique vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation
Aucun	