

Montréal, le 27 avril 2026



Objet : Réponse - Demande d'accès à l'information

Madame,

La présente fait suite à votre demande d'accès à l'information datée du 18 mars 2026 et reçue à nos bureaux le 24 mars 2026, libellée comme suit :

[...] Je désire obtenir copie des documents suivants pour chaque CIUSSS et CISSS du Québec :

- 1. Les politiques, procédures, processus et normes internes quant à la prise en charge de patientes qui demandent des avortements (interruptions volontaires de grossesse ou IVG) pour chacun des CIUSSS et CISSS.*
- 2. Les politiques, procédures, processus et normes internes quant aux délais de traitement maximaux des demandes d'avortement et au nombre de rendez-vous nécessaires pour les avortements pour chacun des CIUSSS et CISSS.*
- 3. Les politiques et obligations de consultation d'un comité d'éthique dans les cas d'avortement pour chacun des CIUSSS et CISSS lorsqu'applicable.*
- 4. Les politiques en lien avec l'utilisation de la télémédecine pour les rendez-vous de consultation et de suivi pour les avortements.*
- 5. Les dernières données disponibles quant aux avortements prodigués à partir de la 12e semaine de grossesse pour chacun des CIUSSS et CISSS.*

Pouvez-vous, s'il vous plaît, vous assurer d'inclure la recherche pour l'avortement, l'interruption volontaire de grossesse et l'IVG pour chaque document?

En réponse aux points 1 à 3 de votre demande, vous trouverez ci-joint les documents suivants :

- Cheminement clinique – perte périnatale volet physique ;
- Cheminement clinique – perte périnatale volet psycho-social ;
- FOPRI – 0143 – Interruption de grossesse médicamenteuse ;
- FOPRI – 0149 – Post-op dilatation et curetage au 1^{er} ou au 2^e trimestre ;
- FOPRI – 0151 – Pré-op. curetage au 1^{er} ou au 2^e trimestre ;
- FOPRI – 1024 – Maladie falciforme et grossesse – IVG ;
- FOPRE – 1986 – IVG médicamenteuse au premier trimestre ;
- Politique entourant le décès d'un usager et la disposition des corps au CHU Sainte-Justine.

De plus, nous vous informons que certains documents en notre possession ont été produits par un autre établissement de santé et de services sociaux, soit le CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux. Vous trouverez donc ci-après

le nom et les coordonnées des responsables de l'accès à l'information concernés, à qui vous pouvez adresser votre demande :

CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Me Audrey Lemieux
Cheffe de service du contentieux
155, boulevard Saint-Joseph Est
Montréal (Québec) H2T 1H4
Téléphone : 514 413-8777 poste 207722
Télécopieur : 514 385-7808
accesauxdocuments.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Julien Sirois
Accès aux documents
Directeur de l'accès à l'information et de la propriété intellectuelle
930, ch. Sainte-Foy Québec (QC) G1S 2L4
Téléphone : 418 571-5674
responsable.acces@msss.gouv.qc.ca

Nous vous référons ici à l'article 48 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ c. A-2.1 (« LADOP »), qui prévoit :

« 48. Lorsqu'il est saisi d'une demande qui, à son avis, relève davantage de la compétence d'un autre organisme public ou qui est relative à un document produit par un autre organisme public ou pour son compte, le responsable doit, dans le délai prévu par le premier alinéa de l'article 47, indiquer au requérant le nom de l'organisme compétent et celui du responsable de l'accès aux documents de cet organisme, et lui donner les renseignements prévus par l'article 45 ou par le deuxième alinéa de l'article 46, selon le cas. »

Lorsque la demande est écrite, ces indications doivent être communiquées par écrit. »

Concernant le point 4 de votre demande, nous vous informons que le CHU Sainte-Justine ne détient pas de politique spécifique à l'utilisation de la télémedecine pour les rendez-vous de consultation et de suivi en matière d'avortement. Nous n'avons donc aucun document à vous transmettre.

En réponse au point 5 de votre demande, nous vous informons qu'au cours de l'année 2025, huit patientes ont bénéficié d'une IVG à l'Unité des naissances. De plus, 169 interventions de curetage et de dilatation ont été réalisées, que ce soit en contexte d'IVG ou de fausse couche. À ce sujet, nos données ne nous permettent pas d'associer les interventions de curetage et de dilatation au contexte dans lequel elles ont été réalisées (IVG ou fausse couche). Pour obtenir ces précisions, un travail exhaustif d'examen, d'analyse et de compilation de renseignements contenus dans les dossiers médicaux des patientes serait nécessaire. Or, l'article 15 de la LADOP prévoit :

« 15. Le droit d'accès ne porte que sur les documents dont la communication ne requiert ni calcul, ni comparaison de renseignements. »

Sur la base de cette disposition, nous refusons de donner suite à ce volet de votre demande.

Ceci complète notre réponse à votre demande d'accès à l'information.

Dans l'éventualité où vous seriez insatisfaite de la présente réponse, vous pouvez vous adresser à la Commission d'accès à l'information. À cet effet, veuillez trouver ci-joint un avis de recours devant cette commission.

Nous demeurons disponibles pour tout renseignement additionnel.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Fedor Jila
Responsable de l'accès à l'information
Bureau de la direction générale
Santé Québec - CHU Sainte-Justine
acces.information.hsj@ssss.gouv.qc.ca

p. j. Avis de recours
Documents transmis en réponse aux points 1 à 3

AVIS DE RECOURS EN RÉVISION

RÉVISION

a) Pouvoir

L'article 135 de la Loi prévoit qu'une personne peut, lorsque sa demande écrite a été refusée en tout ou en partie par le responsable de l'accès aux documents ou de la protection des renseignements personnels ou dans le cas où le délai prévu pour répondre est expiré, demander à la Commission d'accès à l'information de réviser cette décision.

La demande de révision doit être faite par écrit; elle peut exposer brièvement les raisons pour lesquelles la décision devrait être révisée (art. 137).

L'adresse de la Commission d'accès à l'information est la suivante :

QUÉBEC

Commission d'accès à l'information
525, boulevard René-Lévesque Est
Bureau 2.36
Québec (Québec) G1R 5S9
Tél. : (418) 528-7741
Téléc. : (418) 529-3102

MONTRÉAL

Commission d'accès à l'information
2045, rue Stanley
Bureau 900
Montréal (Québec) H3A 2V4
Tél. : (514) 873-4196
Téléc. : (514) 844-6170

b) Motifs

Les motifs relatifs à la révision peuvent porter sur la décision, sur le délai de traitement de la demande, sur le mode d'accès à un document ou à un renseignement, sur les frais exigibles ou sur l'application de l'article 9 (notes personnelles inscrites sur un document, esquisses, ébauches, brouillons, notes préparatoires ou autres documents de même nature qui ne sont pas considérés comme des documents d'un organisme public).

c) Délais

Les demandes de révision doivent être adressées à la Commission d'accès à l'information dans les 30 jours suivant la date de la décision ou de l'expiration du délai accordé au responsable pour répondre à une demande (art. 135).

La loi prévoit spécifiquement que la Commission d'accès à l'information peut, pour motif raisonnable, relever le requérant du défaut de respecter le délai de 30 jours (art. 135).

APPEL DEVANT LA COUR DU QUÉBEC

a) Pouvoir

L'article 147 de la loi stipule qu'une personne directement intéressée peut porter la décision finale de la Commission d'accès à l'information en appel devant un juge de la Cour du Québec sur toute question de droit ou de compétence.

L'appel d'une décision interlocutoire ne peut être interjeté qu'avec la permission d'un juge de la Cour du Québec s'il s'agit d'une décision interlocutoire à laquelle la décision finale ne pourra remédier.

b) Délais

L'article 149 prévoit que l'avis d'appel d'une décision finale doit être déposé au greffe de la Cour du Québec, dans les 30 jours qui suivent la date de réception de la décision de la Commission par les parties.

c) Procédure

Selon l'article 151 de la loi, l'avis d'appel doit être signifié aux parties et à la Commission dans les dix jours de son dépôt au greffe de la Cour du Québec.

14 juin 2006
Mise à jour le 7 novembre 2020



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université
de Montréal



HSJ-1710

CHEMINEMENT CLINIQUE – PERTE PÉRINATALE VOLET PHYSIQUE (PAR VOIE VAGINALE)

Date		24-48 HEURES POST-PARTUM		
Du : au		Indiquez JSN	Indiquez JSN	Indiquez JSN
1. Évaluation des paramètres physiologiques	BRACELET D'IDENTIFICATION (Vérifié et conforme)			
	SIGNES VITAUX (À l'intérieur des paramètres attendus)	TID et PRN		
	SEINS (Souples, confortables)	TID et PRN		
	FOND UTÉRIN (Ferme, centré, 1/0, 0/0, 0/1)	TID et PRN		
	PÉRINÉE (Bords de la plaie rapprochés) ☐ Ecchymoses ☐ Œdème léger à modéré	TID et PRN		
	LOCHIES (Légères à modérées, rubra, petits caillots)	TID et PRN		
	ÉLIMINATION URINAIRE ☐ Dosage cessé (Miction < 8 hrs post-acc. – 2 mictions ≥ de 200 mL)			
	ÉLIMINATION INTESTINALE (Abdomen souple)			
	HÉMORROIDES (Légères – peu inconfortantes)	TID et PRN		
	MEMBRES INFÉRIEURS (Signe de homan-, Ø rougeur, Ø chaleur, léger œdème)	TID et PRN		
ABDOMEN (Diastase des grands droits < 3 cm)	1X			
AUSCULTATION PULMONAIRE (Bruit respiratoires normaux – aucun bruit surajouté)	TID et PRN			
2. Traitement/ Médications	DOULEUR (Se dit bien soulagée) Si cathéter d'épidurale : retiré et complet ☐			
	SOINS DU PÉRINÉE (Glace en place et/ou douche périnéale)			
3. Tests et procédures	PERFUSION ☐ Cessée à ____ h ____			
	FSC - PRÉLÈVEMENT (Effectué avant départ ou 12 hrs post expulsion)			
	WINRHO ADMINISTRÉ (Selon ordonnance)			
	RRO ADMINISTRÉ (Selon ordonnance)			
	CABERGOLINE ADMINISTRÉE (Selon ordonnance)			
4. Act.	MOBILISATION / 1 ^{er} LEVER : ____ h ____ (Récupération motrice et sensitive complète, évaluer risque de chute)			
5. Alim.	DIÉTÉ ☐ Glycémie capillaire à faire (Bien tolérée)			

Date		24-48 HEURES POST-PARTUM		
Du : au		Indiquez JSN	Indiquez JSN	Indiquez JSN
BRACELET D'IDENTIFICATION (Vérifié et conforme)				
SIGNES VITAUX (À l'intérieur des paramètres attendus)		TID et PRN		
SEINS (Souples, confortables)		TID et PRN		
FOND UTÉRIN (Ferme, centré, 1/0, 0/0, 0/1)		TID et PRN		
PÉRINÉE (Bords de la plaie rapprochés) ☐ Ecchymoses ☐ Œdème léger à modéré		TID et PRN		
LOCHIES (Légères à modérées, rubra, petits caillots)		TID et PRN		
ÉLIMINATION URINAIRE ☐ Dosage cessé (Sans particularité)				
ÉLIMINATION INTESTINALE (Abdomen souple)				
HÉMORROIDES (Légères – peu inconfortantes)		TID et PRN		
MEMBRES INFÉRIEURS (Signe de homan-, Ø rougeur, Ø chaleur, léger œdème)		TID et PRN		
AUSCULTATION PULMONAIRE (Bruit respiratoires normaux – aucun bruit surajouté)		TID et PRN		
DOULEUR (Se dit bien soulagée) Si cathéter d'épidurale : retiré et complet ☐				
SOINS DU PÉRINÉE (Glace en place et/ou douche périnéale)				
PERFUSION ☐ Cessée à ____ h ____				
FSC - PRÉLÈVEMENT (Effectué avant départ ou 12 hrs post expulsion)				
WINRHO ADMINISTRÉ (Selon ordonnance)				
RRO ADMINISTRÉ (Selon ordonnance)				
CABERGOLINE ADMINISTRÉE (Selon ordonnance)				
MOBILISATION (Se déplace de façon sécuritaire)				
DIÉTÉ ☐ Glycémie capillaire à faire (Bien tolérée)				



HSJ-1710

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

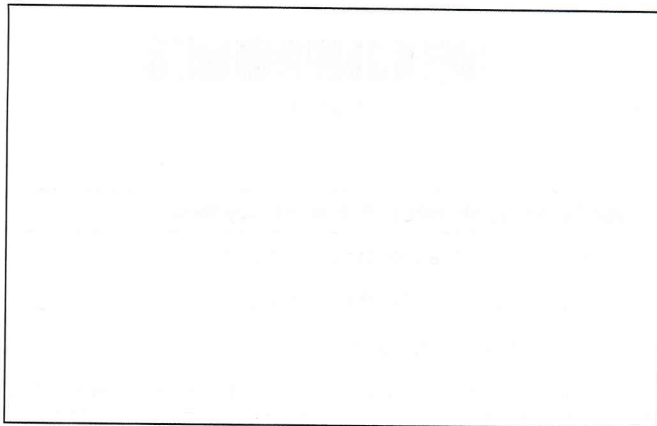
Enseignement / Planification du congé et du suivi	Initiales
SOINS DU PÉRINÉE (Connaît les soins et moyens de réduire inconfort)	
LOCHIES / CONTRACTIONS / INVOLUTION UTÉRINE (Connaît normalité et moyen de réduire inconfort)	
HÉMORROÏDES / CONSTIPATION (Connaît soulagement et/ou prévention)	
PRÉVENTION INFECTION URINAIRE (Connaît les moyens et prévention)	
SOINS D'HYGIÈNE / BAIN-DOUCHE (Connaît soins d'hygiène)	
EXERCICES POSTNATAUX (Connaît les indications)	
CONTRACEPTION (Initier réflexion, assurer prescription)	
SEINS (Signes de montée laiteuse et moyens de confort)	
DOULEUR (Connaît moyens de soulagement) Dépliant Surveillance opiacés ☐ remis	

Si particularité, écrire les notes narratives sur la feuille « 5B » - « Dossier obstétrical ».

Signature et titre d'emploi	Initiales	Signature et titre d'emploi	Initiales	Signature	Initiales



HSJ-0085



CHEMINEMENT CLINIQUE - PERTE PÉRINATALE VOLET PSYCHO-SOCIAL

G _____ P _____ A _____ V _____ Date prévue d'accouchement : _____ Semaines de grossesse à l'admission : _____

Grossesse : ☐ Simple ☐ Multiple

Diagnostic médical – type de malformation : _____

Annonce du diagnostic le : _____ Par : _____

☐ M.I.U. ☐ IMG ☐ Soins palliatifs

Particularité (Ex. : AVAC, ...) : _____

Interventions nécessaires : ☐ Dilatation + extraction ☐ Misoprostol ☐ Tiges ☐ Synto ☐ C/S prévue le : _____

☐ Foeticide Date : _____ ☐ Amniocentèse Date : _____

☐ Prélèvement génétique prévu ☐ Neuropréservation prévue*

* S'assurer que l'autorisation d'autopsie soit signée avant d'appeler le médecin pour la neuropréservation

Vit en couple : ☐ Non ☐ Oui, nom du (ou de la) conjoint(e) : _____

Particularité culturelle/ Religion : _____ Langue : _____

Fratrie (prénom et âge) : _____

Complété par : _____ Date : _____

Si particularités à inscrire aux notes infirmières, faire un * (s'applique à tout le cheminement)

À l'admission / avant la naissance	DATE : _____	Fait	N/A	Initiales
Formulaire de consentements à faire signer par l'infirmière		☐		
PTI complété		☐		
Questionnaire SARM/ERV complété		☐		
MSTP complété		☐		
Génétique avisée (si cause génétique suspectée) par : _____		☐	☐	
Neuropathologiste avisé (si neuropréservation prévue) par : _____		☐	☐	
Code 50		☐	☐	
Groupe sanguin au dossier		☐		



HSJ-0085

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

Évaluation des sentiments en lien avec l'expérience	Patient(e)	Conjoint(e)	Initiales
Exprime ses sentiments en lien avec l'expérience	☐ O ☐ N	☐ O ☐ N	
Souhaite voir et/ou prendre le bébé Remarque : _____	☐ O ☐ N	☐ O ☐ N	
Verbalise sur les pertes antérieures	☐ O ☐ N	☐ O ☐ N	
Souhaite la visite des soins spirituels ☐ Intervenant(e)s en soins spirituels avisés	☐ O ☐ N	☐ O ☐ N	

Évaluation des besoins psycho-sociaux	Évalué	Initiales
Adaptation de la famille, du conjoint(e), de la fratrie	☐	
Soutien mutuel dans le couple	☐	
Réseau de soutien pour le retour à la maison	☐	
Évaluation des antécédents psychologiques (dépression, anxiété, maladie psychiatrique)	☐	
Facteur(s) de risque de deuil compliqué(s) ☐ N ☐ O* Le(s)quel(s) : _____	☐	

Consultations professionnelles	Requête envoyée	Visite faite	Initiales
Titre du professionnel : _____ Nom : _____	☐	☐	
Titre du professionnel : _____ Nom : _____	☐	☐	
Titre du professionnel : _____ Nom : _____	☐	☐	
Titre du professionnel : _____ Nom : _____	☐	☐	
Titre du professionnel : _____ Nom : _____	☐	☐	

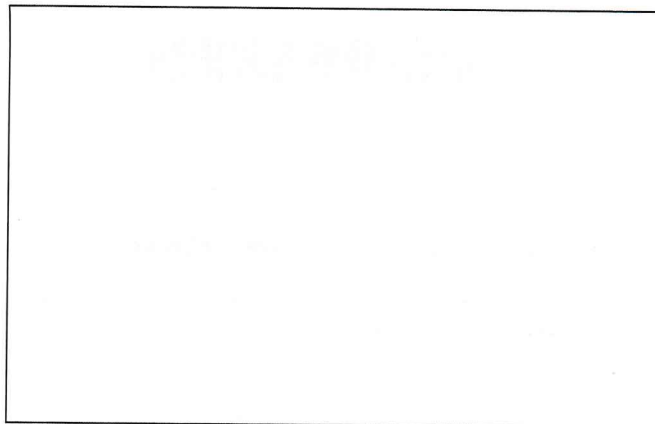
Enseignements (cf norme d'enseignement)	Discuté	initiales
Processus de deuil	☐	
Processus de deuil dans le couple	☐	
Processus de deuil dans la fratrie	☐	
Réaction entourage	☐	
Grossesse suivante	☐	
Congé RQAP	☐	

Naissance	
DATE : _____ Heure de la naissance : _____ Heure du décès : _____ Décès constaté par : _____	
Prénom et nom de l'enfant : _____ Sexe : ☐ F ☐ M ☐ Indéterminé ☐ Parents ne souhaitent pas connaître le sexe	
Poids : _____ Apgar : ____ / ____ / ____ Si né vivant, numéro de dossier du bébé : _____	
A vu le bébé ☐ Patient(e) ☐ Conjoint(e) ☐ Entourage Remarque : _____	
A pris le bébé ☐ Patient(e) ☐ Conjoint(e) ☐ Entourage Remarque : _____	
Expulsion placentaire : Heure : _____ ☐ Placenta examiné par le médecin ☐ Délivrance spontanée ☐ Délivrance manuelle ☐ Curetage	

Signature et titre d'emploi	Initiales	Signature et Titre d'emploi	Initiales



HSJ-0085



CHEMINEMENT CLINIQUE - PERTE PÉRinataLE VOlet PSYCHO-SOCIAL (SUITE)

À faire à la naissance	Fait	N/A	Initiales
Deux bracelets identifiés appliqués sur le bébé	☐		
Neuropathologiste avisé à la naissance si neuropréservation (ne pas appeler entre minuit et 6h)	☐	☐	
Neuropréservation faite le : _____ Heure : _____	☐	☐	
Génétique avisée le : _____	☐	☐	
Visite de la génétique (examen physique fait : papier placé sur le corps du bébé)	☐	☐	

Souvenirs	Accepte	Refuse	Fait	Initiales
Photos souvenirs	☐	☐	☐	
Empreintes en plâtre (cadeau de Juliette)	☐	☐	☐	
Pochette souvenir blanche ☐ Remise à la patiente ☐ Remise à l'infirmière de deuil	☐	☐	☐	
Items remis dans la pochette blanche :				
☐ Bracelets ☐ Clé USB ☐ Carton d'identification ☐ Empreintes encre				
☐ Photos ☐ Mèche de cheveux ☐ Pince à cordon ☐ Ruban à mesurer				
☐ Vêtements ☐ Bijoux/Pendentif ☐ Autre : _____				

Suivis	Accepte	Refuse	Initiales
Suivi CLSC si accepte : compléter la référence inter-établissement ☐ Fait	☐	☐	
Relance téléphonique par infirmière du deuil	☐	☐	
Cérémonie commémorative si accepte : remplir le formulaire et envoyer aux soins spirituels ☐ Fait	☐	☐	
Carte de condoléances à signer ☐ Fait			

Autopsie	Fait	Initiales
Autorisation ou refus d'autopsie signé par les parents et l'infirmière (témoin)	☐	
Attention : c'est au médecin de donner les explications : ☐ Refusée ☐ Acceptée ☐ En réflexion		

Disposition du corps et arrangements funéraires (pour toute question, appeler au #4984)	Signé	Initiales
☐ Par CHUSJ	☐	
☐ Par le salon funéraire de leur choix	☐	
☐ Décision remise à plus tard (Avisés de faire parvenir le document à l'admission dans les 10 jours)		

À remettre aux parents	Fait	Initiales
Brochures : ☐ Pertes périnatales au 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre ☐ À vous qui venez de perdre votre bébé	☐	
Signets des ressources	☐	
Léa n'est pas là / Bébé ours est mort	☐	
Planification des arrangements funéraires	☐	
Admissibilité à un congé suite à la perte de votre bébé	☐	



HSJ-0085

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

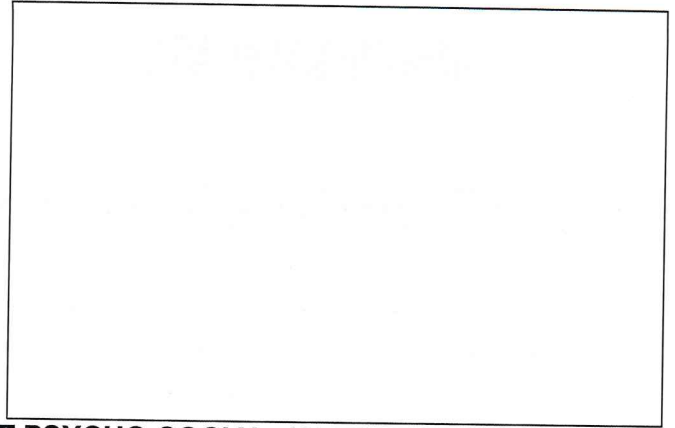
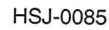
Documents à acheminer à l'admission (chemise bleue)	Si né vivant (peu importe le poids)	Si né décédé < 500 g ET ≥ 20 semaines	Si né décédé ≥ 500 g Peu importe le nombre de semaine	Si décédé < 500 g <u>et</u> < 20 semaines
Créer un dossier bébé et une carte de bébé	☐			
Déclaration naissance vivante (SP1), signée par parents + médecin	☐			
Déclaration de décès (SP3), signée par médecin [°]	☐			
Déclaration de mortinaissance (SP4), signée par parents + médecin ^{♦♦}		☐	☐	
Feuilles du sommaire d'accouchement	☐	☐	☐	
Note d'évolution (constat du décès par le médecin pour le bébé né vivant)	☐ BB			
Autorisation ou refus d'autopsie	☐ BB	☐	☐	☐
Disposition du corps (si parents ont fait leur choix avant le congé)	☐ BB	☐	☐	☐
Notes d'observation du bébé par l'infirmière	☐ BB			
[°] Si autopsie acceptée, c'est le pathologiste qui remplit les sections 22 à 35 ^{♦♦} Si autopsie acceptée, c'est le pathologiste qui remplit les sections 32 à 38		BB Attention !!! Plaquer ces documents au NOM DU BÉBÉ		

Au congé	Fait	Initiales
Compléter la référence inter-établissement (si souhaite suivi au CLSC)	☐	
Vérifier que le bébé soit bien identifié avant son transport, bracelets et étiquette sur linceul (Attention : Double vérification)	☐	
Documents du congé remis à la patiente (cf. cheminement clinique accouchée-img) ☐ Prescription médicale ☐ Papier de congé de maternité ☐ Rendez-vous post-partum prévu le : _____ ☐ Invalidité père ☐ Autre : _____	☐	

Transport du corps (attention : double vérification)	Fait	Initiales
Directement en pathologie (uniquement si bébé né décédé ET < 500 g ET autopsie souhaitée) Attention joindre la requête de pathologie complétée (spécimen : fœtus)	☐	
À la morgue (dans tous les autres cas)	☐	
Transport par : _____, le _____	☐	

Notes d'observation / Remarque / Réactions de la patiente, de son conjoint, de la famille	Initiales
Date : _____	

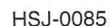
Signature et Titre d'emploi	Initiales	Signature et Titre d'emploi	Initiales
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	



CHEMINEMENT CLINIQUE - PERTE PÉRINATALE VOLET PSYCHO-SOCIAL (SUITE)

[illegible]

Signature et Titre d'emploi	Initiales	Signature et Titre d'emploi	Initiales



Dossier : _____

Signature et Titre d'emploi	Initiales	Signature et Titre d'emploi	Initiales

CHU SAINTE-JUSTINE

3175, Côte-Ste-Catherine, Montréal, Qué. H3T 1C5
Tél. : 514-345-4931

**ORDONNANCES MÉDICALES**

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable : [])

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0143 – Interruption de grossesse médicamenteuse (1 de 4)

Espace
infirmier

Cette FOPR inclut un médicament à **HAUT RISQUE** : HYDROmorphone

Sauf exception, cette ordonnance est utilisée avec la **FOPRI-1750-Mifépristone pour interruption de grossesse**

Mobilisation permise

Diète au goût (si pas de travail actif)

Installer cathéter intraveineux #18 avec le soluté de Lactate Ringer pour bolus PRN, et en dérivé, un soluté de base de D5% NaCl 0,9% à TVO

Signes vitaux avant chaque dose de misoprostol et 60 minutes après chaque dose de misoprostol

Aviser le médecin de garde pour évaluation médicale aux 4 heures

LABORATOIRES

FSC

Code 50

Vérifier dans Trace Line incluant le sommaire transfusionnel (ST) : groupe ABO/Rh et RAI

Prélèvement ABO/Rh/RAI si aucun groupe ABO/Rh/RAI prélevé durant la grossesse actuelle au CHU Sainte-Justine

Anticorps anti-rubéole si statut inconnu (ne pas faire si statut connu positif ou preuve écrite de vaccination)

Chromatographie de l'Hb si personne de race noire, d'origine méditerranéenne, provenant de l'Amérique du Sud, de l'Inde ou du Moyen Orient (si aucun résultat au dossier)

E.C.G. si > 50 ans

CONSULTATIONS

Si personne connue du service de génétique : consultation en génétique à demander dès l'admission

☐ Consultation en anesthésie

☐ Consultation en MIGO

INTERVENTIONS

☐ Amniocentèse (si coché, aviser médecin en GARE)

☐ Injection intra-fœtale, se référer à **FOPRI-1601-Fœticide**

☐ Neuropréservation si autopsie (aviser neuropathologiste à l'admission)

Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Date : _____ Heure : _____

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.

FOPRI-0143

GRM : 30010370

Clientèle : **Obstétrique**

Médecin responsable : François Audibert

Pharmacien responsable : Ema Ferreira

Infirmière responsable : Sabrina Larose

Date/heure : 20231127-0900





ORDONNANCES MÉDICALES

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) : []

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0143 – Interruption de grossesse médicamenteuse (2 de 4)

Espace
infirmier

TRAITEMENT

MISOPROSTOL

- ☐ entre 13^{0/7} et 23^{6/7} semaines de grossesse
 - ☐ **Misoprostol** 400 mcg **intravaginal** aux 3 heures
 - ☐ **Misoprostol** 400 mcg **buccal** (200 mcg de chaque côté de la bouche entre la joue et la gencive) aux 3 heures
 - ☐ ≥ 2 cicatrices utérines
 - ☐ **Misoprostol** 200 mcg **intravaginal** aux 3 heures
 - ☐ **Misoprostol** 200 mcg **buccal** sur un côté de la bouche entre la joue et la gencive aux 3 heures
- ☐ entre 24^{0/7} et 28^{0/7} semaines de grossesse
 - ☐ **Misoprostol** 200 mcg **intravaginal** aux 4 heures
 - ☐ **Misoprostol** 200 mcg **buccal** sur un côté de la bouche entre la joue et la gencive aux 4 heures
 - ☐ ≥ 1 cicatrice utérine
 - ☐ **Misoprostol** 100 mcg **intravaginal** aux 4 heures
 - ☐ **Misoprostol** 100 mcg **buccal** sur un côté de la bouche entre la joue et la gencive aux 4 heures

Le misoprostol est contre-indiqué à partir de 28 semaines si présence d'une ou plusieurs cicatrices utérines

- ☐ NE PAS ADMISTRER DE MISOPROSTOL
- ☐ entre 28 et 31^{6/7} semaines de grossesse
 - ☐ **Misoprostol** 100 mcg **intravaginal** aux 6 heures
 - ☐ **Misoprostol** 100 mcg **buccal** sur un côté de la bouche entre la joue et la gencive aux 6 heures
- ☐ 32 semaines de grossesse et plus
 - ☐ **Misoprostol** 50 mcg **intravaginal** aux 6 heures
 - ☐ **Misoprostol** 50 mcg **buccal** sur un côté de la bouche entre la joue et la gencive aux 6 heures
- ☐ Ocytocine : voir **FOPRI - 0066 - Unité des naissances - Induction du travail - Simple concentration**
- ☐ Autre : _____

Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Date : _____ Heure : _____

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.





ORDONNANCES MÉDICALES

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable : [])

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0143 – Interruption de grossesse médicamenteuse (3 de 4)

Espace
infirmier

Acétaminophène 650 mg **PO** ou **intrarectal** aux 4 heures, régulier puis PRN après l'expulsion – respecter sommeil

Contre-indications absolues aux AINS (incluant célécoxib) :

Hypertension réfractaire à 3 antihypertenseurs ou avec dysfonction diastolique, créatinine > 90 mcml/L ou rein unique, insuffisance cardiaque, antécédent d'événement coronarien ou cérébrovasculaire, ulcère gastroduodénal actif, maladie inflammatoire de l'intestin active, antécédent d'une réaction respiratoire avec un AINS avec asthme sévère ou non maîtrisé

Prescrire célécoxib si :

Allergie à l'acide acétylsalicylique ou à un AINS non sélectif, urticaire chronique, maladie inflammatoire intestinale quiescente, asthme sévère actif, plaquettes < 50 x 10⁹/L ou thrombopathie, trouble de l'hémostase, antécédent d'hémorragie digestive ou d'ulcère gastroduodénal non compliqué

☐ **Naproxène** 500 mg **PO** 2 fois par jour **PRN**. Administrer seulement si coché par le médecin ou

☐ **Célécoxib** 200 mg **PO** 2 fois par jour **PRN**. Administrer seulement si coché par le médecin

HYDROmorphone 1 mg **IV** aux 2 heures PRN si échelle de **score de douleur ≥ 4**

- 30 minutes après la dose de 1 mg, si échelle de **score de douleur toujours ≥ 4**,

donner **HYDROmorphone** 0,5 mg **IV** pour une dose (**en entre-dose**) PRN

- Si non soulagée après 30 minutes avec échelle de score de douleur **≥ 4**, aviser le résident en GARE ou de garde

Épidurale au besoin selon **FOPRI-0047-Analgésie péridurale pendant le travail**

Si **épidurale en cours**, **cesser** naproxène, célécoxib et hydromorphone

LORazépam 1 mg **PO** aux 12 heures PRN

Nausées ou vomissements

Métoclopramide 10 mg **IV** aux 6 heures PRN

Diphenhydramine 25 mg **IV** aux 6 heures PRN; administrer en 30 minutes sans rediluer avec métoclopramide

Aviser le médecin de garde après 8 doses de misoprostol pour évaluation

Aviser médecin et faire en STAT hémoculture x 2 à 20 minutes d'intervalle si :

- T° ≥ 38,5°C **OU**

- T° ≥ 38,0°C et un des signes suivants :
- Fréquence cardiaque > 100
 - Fréquence respiratoire > 20/min
 - Tension artérielle systolique < 90 mmHg
 - Diminution de la tension artérielle systolique > 40 mmHg
 - Oligurie
 - Altération de l'état de conscience

Au besoin, utiliser la FOPRI-1537-Chorioamnionite pour l'initiation des antibiotiques

Aviser le médecin de garde lorsque l'accouchement est imminent

Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Date : _____ Heure : _____

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.





ORDONNANCES MÉDICALES

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable : [])

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0143 – Interruption de grossesse médicamenteuse (4 de 4)

Espace
infirmier

APRÈS L'EXPULSION FŒTALE

Si la prochaine dose de misoprostol était prévue dans les 2 heures suivant l'expulsion, donner une dose de misoprostol par voie **buccale** à la même dose que les autres doses déjà données, à l'heure prévue ou selon l'ordonnance médicale

APRÈS L'EXPULSION PLACENTAIRE

Signes vitaux aux 15 minutes à 4 reprises ou jusqu'à stabilité, puis QID

Terminer soluté en cours si saignements légers ($\leq \frac{1}{2}$ serviette sanitaire/heure)

FSC avant départ ou 12 heures post expulsion

Si hémoglobine < 100 g/L, aviser le médecin

Vaccin contre la rougeole, rubéole et oreillons (Priorix^{md}, MMR-II^{md}) 0,5 mL **sous-cutané** si anticorps rubéole négatif ou douteux et non vaccinée

Immunoglobulines anti-D (WinRho^{md}) 300 mcg **IM** une dose dans les 72 heures suivant l'intervention, si la personne possède un facteur Rh négatif

☐ **Cabergoline** 1 mg **PO** pour une dose le jour de l'accouchement (fortement suggérée si ≥ 15 semaines)

(contre-indiquée si hypertension non maîtrisée, cardiopathie valvulaire, antécédents de fibrose pulmonaire, péricardique ou rétropéritonéale, hypersensibilité aux dérivés de l'ergot; à utiliser avec précaution (peut être administrée si coché par le médecin) si pré-éclampsie, hypotension, maladie de Raynaud, antécédent de psychose)

Aviser la génétique après expulsion fœtale

Aviser neuropathologiste rapidement après l'expulsion fœtale pour neuropréservation lorsque demandée

Aviser le médecin de garde si rétention placentaire > 1 heure OU si saignement ≥ 1 SS/h

Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Date : Heure :

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.





ORDONNANCES MÉDICALES

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) : []
Allergies : _____
Intolérances : _____
Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____
Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0149 – Post-op dilatation et curetage au 1^{er} ou au 2^e trimestre (1 de 1)

Espace
infirmier

Cette FOPR inclut des médicaments à **HAUT RISQUE** : HYDROmorphone, morphine

SOINS INFIRMIERS

S.V. aux 15 minutes pour la 1^{re} heure post-opératoire et jusqu'à stabilisation, puis aux heures pour 4 heures, aux 4 heures pour les prochaines 4 heures puis TID

Aviser si saignement vaginal abondant (≥ 1 serviette sanitaire/heure)

Diète légère en post-op immédiat selon tolérance, puis diète au goût

Mobilisation précoce

Cesser soluté si saignement vaginal normal (< 1 serviette sanitaire/heure) et s'hydrate bien

MÉDICAMENTS

☐ **La patiente peut recevoir du NAPROXÈNE**

(La patiente n'a pas de contre-indication au naproxène : hypertension non contrôlée, créatinine sérique > 90 mcml/L ou rein unique, antécédent d'événement coronarien ou cérébrovasculaire, insuffisance cardiaque, allergie à l'acide acétylsalicylique ou aux AINS, urticaire chronique, maladie inflammatoire intestinale, asthme sévère actif, trouble de l'hémostase, antécédent d'hémorragie ou ulcère gastrointestinal)

Naproxène 500 mg **PO** aux 12 heures régulier (Administer seulement **après confirmation** qu'il n'y a aucune contre-indication)

Acétaminophène 650 mg **PO** ou **intrarectal** aux 4 heures PRN

☐ **HYDROmorphone** 0,5 mg **IV** aux 3 heures PRN ou 2 mg **PO** aux 3 heures PRN

☐ **Morphine** 2 mg **IV** aux 3 heures PRN ou 5 mg **PO** aux 3 heures PRN

Métoclopramide 10 mg **PO** ou **IV** aux 6 heures PRN si nausées

DiphenhydrAMINE 25 mg **PO** ou **IV** aux 6 heures PRN; administrer en 30 minutes sans rediluer avec métoclopramide

☐ **Cabergoline** 1 mg **PO** une dose (si ≥ 16 semaines)

Vaccin contre la rougeole, rubéole et oreillons (Priorix^{md}, MMR-II^{md}) 0,5 mL **sous-cutané** si anticorps rubéole négatif ou douteux et non vaccinée

☐ **Doxycycline** 200 mg **PO** une dose immédiatement après l'intervention

☐ **Acétate de médroxyPROGESTÉrone - retard** (Dépo Provera^{md}) 150 mg **IM** une dose avant le départ

☐ **Immunoglobulines anti-D** (WinRho^{md}) 300 mcg **IM** une dose dans les 72 heures suivant l'intervention, si la femme possède un facteur Rh négatif et ≥ 12 semaines de grossesse

☐ **Immunoglobulines anti-D** (WinRho^{md}) 120 mcg **IM** une dose dans les 72 heures suivant l'intervention, si la femme possède un facteur Rh négatif et $\leq 11^{6/7}$ semaines de grossesse

CONGÉ

☐ Congé si signes vitaux normaux et saignement vaginal normal (< 1 serviette sanitaire/heure)

☐ Congé après visite médicale

☐ Rendez-vous dans _____ semaines à la clinique _____ avec Dr _____

Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Date : _____ Heure : _____

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.





ORDONNANCES MÉDICALES

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) : []

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 0151 – Pré-op. curetage au 1^{er} ou au 2^e trimestre (1 de 1)

Espace
infirmier

Cette FOPR inclut des médicaments à **HAUT RISQUE** : HYDROmorphone, morphine

AVANT L'INTERVENTION

LABORATOIRES

- ☐ FSC
- ☐ Groupe Rh
- ☐ Code 50 (si $\geq 14^{0/7}$ semaines)
- ☐ Anticorps rubéole si statut inconnu
- ☐ Chromatographie de l'Hb si femme de race noire, d'origine méditerranéenne, provenant de l'Amérique du Sud, de l'Inde ou du Moyen Orient (si aucun résultat au dossier)
- ☐ **E.C.G.** si > 50 ans
- ☐ Dépistage Chlamydia-Gonorrhée (si ≤ 18 ans ou si cliniquement indiqué)
- ☐ Anticorps VIH si inconnu
- ☐ VDRL si inconnu
- ☐ HBsAg si inconnu
- ☐ Anticorps HCV si inconnu

CONSULTATIONS

- ☐ Consultation en travail social

Si curetage pour raison génétique :

- ☐ Consultation en GARE
- ☐ Consultation en génétique
- ☐ Amniocentèse pré-opératoire (si coché, aviser résident en GARE)
- ☐ Injection intra-fœtale (si coché, aviser résident en GARE pour l'administration)

LA VEILLE DE L'INTERVENTION

Diète de liquides clairs à partir de minuit jusqu'à 6 heures le matin et à jeun par la suite le jour de l'intervention

- ☐ Installation de tiges laminaires (si coché, aviser médecin en gynécologie)

☐ **La patiente peut recevoir du NAPROXÈNE**

(La patiente n'a pas de contre-indication au naproxène : Hypertension non contrôlée, créatinine sérique > 90 mcml/L ou rein unique, antécédent d'événement coronarien ou cérébrovasculaire, insuffisance cardiaque, allergie à l'acide acétylsalicylique ou aux AINS, urticaire chronique, maladie inflammatoire intestinale, asthme sévère actif, trouble de l'hémostase, antécédent d'hémorragie ou ulcère gastrointestinal)

Naproxène 500 mg PO une dose 1 heure avant l'installation des tiges laminaires s'il y a lieu et aux 12 heures PRN (Administrer seulement **après confirmation** qu'il n'y a aucune contre-indication)

Acétaminophène 650 mg PO ou intrarectal aux 4 heures PRN (**max 4000 mg/jour**)

- ☐ **Doxycycline 200 mg PO** une dose la veille au coucher ou sinon au moins 1h30 avant l'intervention

Attention : ne pas dépasser un délai de 24 heures entre la prise de doxycycline et l'intervention

LE JOUR DE L'INTERVENTION

Installer un soluté D5% NaCl 0,9% à 125 mL/heure si à jeun ≥ 12 heures

- ☐ Installation de tiges laminaires (si coché, aviser médecin en gynécologie)

- ☐ **Misoprostol** en comprimés, 400 mcg **buccal** (entre joue et gencive de chaque côté) une dose 3 à 4 heures pré-opératoire

- ☐ **Misoprostol 400 mcg intravaginal** une dose à minuit le jour de l'intervention

Acétaminophène 650 mg PO ou intrarectal aux 4 heures PRN (**max 4000 mg/jour**)

- ☐ **HYDROmorphone 2 mg PO** aux 3 heures PRN

- ☐ **Morphine 5 mg PO** aux 3 heures PRN

Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Date : _____ Heure : _____

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.



CHU SAINTE-JUSTINE3175, Côte-Ste-Catherine, Montréal, Qué. H3T 1C5
Tél. : 514-345-4931**ORDONNANCES MÉDICALES**

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable) : []

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 1024 – Maladie falciforme et grossesse – IVG (1 de 2)Espace
infirmierCe protocole concerne les patientes SS, SC et S β thal

Voir les FOPRI(s) pour IVG qui s'appliquent selon le cas :

FOPRI – 143 - I.V.G. médicale au deuxième trimestre**FOPRI – 149 - Post-op I.V.G. chirurgicale au premier ou deuxième trimestre****FOPRI – 151 - Pré-op. I.V.G. chirurgicale au premier ou deuxième trimestre****CONSULTATIONS**Hématologie ** Discuter avec hématologue de l'indication de **transfusion ou d'échange transfusionnel** pré-IVG. **

GARE

Anesthésie

☐ MIGO☐ Soins intensifs**LABORATOIRE ET IMAGERIE**

FSC et réticulocytes DIE

AST – ALT – bilirubine totale et directe DIE

Ionogramme, urée, créatinine, LDH (inscrire requis) DIE

Coagulogramme avec fibrinogène et D-dimères

Groupe sanguin et recherche d'anticorps (code 50)

Épreuve de compatibilité, 2 culots globulaires en réserve

Analyse et culture d'urine

SOINS INFIRMIERS**PRÉ- IVG**Signes vitaux et SaO₂ aux 4 heures**Oxygène** pour maintenir SaO₂ ≥ 95%**Aviser médecin traitant** si SaO₂ < 95%, augmentation des besoins en O₂, difficulté respiratoire, fréquence respiratoire < 10 ou > 40, somnolence inappropriée, douleur non contrôlée ou nouvel épisode de fièvre (**T° ≥ 38°C buccale ou 38,5°C rectale**) si pas d'antibiotiques déjà en cours.**À jeun à partir de :** _____.

Garder au chaud (couvertures). Matelas chauffant si T° < 36,5°C.

☐ Réchauffer le sang☐ Réchauffer les solutés**POST- IVG**Admission aux **soins intermédiaires obstétricaux** pour un minimum de 24 heuresDurée d'hospitalisation minimale suggérée de **48 heures****Oxygène** pour maintenir SaO₂ ≥ 95%

Signes vitaux et saturométrie aux 2 heures pour 12 heures et aux 4 heures par la suite

Spirométrie incitative : 10 respirations profondes/2 heures pendant l'éveil

SI FIÈVRE (T° ≥ 38° C buccale ou 38,5° C rectale) ou DOULEUR THORACIQUE, AVISER médecin traitant :

- Hémoculture x 2, analyse et culture d'urine

- Radiographie pulmonaire

- **Voir FOPRI – 1022 – Maladie falciforme et grossesse – Douleur ou fièvre**Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Date : _____ Heure : _____

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.

FOPRI-1024

Programme clientèle : Santé de la mère et de l'enfant

Médecin responsable : Rochelle Winikoff

Pharmacien responsable : Ema Ferreira

Clientèle : **Obstétrique, Hématologie**

Infirmière responsable : Nancy Catalfamo

Date/heure : 20131115-1000



CHU Sainte-Justine

3175, Côte-Ste-Catherine, Montréal, Qué. H3T 1C5
Tél. : 514-345-4931

**ORDONNANCES MÉDICALES**

Aucune allergie connue (à cocher obligatoirement si applicable : [])

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg): _____ Taille (cm): _____ Surf. corp. (m²): _____

Âge gestationnel (sem) : _____ Poids à la naissance (kg): _____

Feuille d'ordonnance pré-rédigée (FOPR)

FOPRI – 1024 – Maladie falciforme et grossesse – IVG (2 de 2)

Espace
infirmier

TRAITEMENT

Soluté selon protocole d'IVG en vigueur à _____ mL/heure (minimum 100 mL/h)

**** A réinstaller immédiatement si s'infiltre ****

Acide folique 5 mg PO DIE (ne pas donner si NPO)

Antibiotiques selon protocole d'IVG en vigueur

AU CONGÉ

Amoxicilline + acide clavulanique (Clavulin^{md}) 875 mg **PO** BID x 5 jours (à prescrire sur ordonnance externe)

Acide folique 5 mg PO DIE (à prescrire sur ordonnance externe)

Rendez-vous en hématologie le _____ (# 4830). La patiente doit être revue dans les 2 semaines suivant l'hospitalisation

Rendez-vous en obstétrique : _____

Autres rendez-vous : _____

Relevé et télécopié à la pharmacie
par :

Date : _____ Heure : _____

Signature du médecin/professionnel autorisé à prescrire et no de permis

Date et heure

Ces ordonnances ne peuvent être exécutées qu'au département de pharmacie du CHU Ste-Justine. Les FOPR sont disponibles sur INTRANET pharmacie.

FOPRI-1024

Programme clientèle : Santé de la mère et de l'enfant
Médecin responsable : Rochelle Winikoff
Pharmacien responsable : Ema Ferreira

Clientèle : **Obstétrique, Hématologie**
Infirmière responsable : Nancy Catalfamo

Date/heure : 20131115-1000



CHU SAINTE-JUSTINE3175, Côte-Ste-Catherine, Montréal, Qué. H3T 1C5
Tél. : 514-345-4931**ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES**

Aucune allergie connue : []

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg)

Taille (cm)

Surface corporelle (m²)**Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE**

FOPRE – 1986 – IVG médicamenteuse au premier trimestre (1 de 1)

N.B. La présence de carrés (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable. Veuillez cocher et inscrire la dose pour valider le choix.
Les ordonnances non choisies (non cochées) sont raturées par le médecin prescripteur afin de confirmer leur non validité (donc non servies au patient).
L'absence de carré devant une ordonnance indique que celle-ci est valide pour le patient et doit être servie.

Schéma posologique mifépristone et misoprostol (Mifegymiso^{md})

☐ **Mifépristone** 200 mg **PO** pour une dose NR
Date limite de la prise du médicament: ____ / ____ / 20____

☐ **Misoprostol** 800 mcg par voie : ☐ buccale ☐ vaginale Ren : 1
24 à 48 heures après la mifépristone (répéter dose 24 heures plus tard si aucun saignement ou signe d'expulsion)
Buccale : mettre les comprimés de misoprostol entre la joue et la gencive de chaque côté. Laisser fondre pendant 30 minutes, puis avaler ce qui reste avec un peu d'eau
Vaginale : insérer les comprimés un à la fois dans le vagin, le plus loin possible

☐ **Dimenhhydrinate** 50 mg **PO** avec le misoprostol et 50 mg **PO** aux 6 h PRN si nausées (servir 10 comprimés) NR

☐ **Acétaminophène** 1000 mg **PO** avec le misoprostol et 1000 mg **PO** aux 4 h PRN si douleur ou fièvre (max 4000 mg/24 h) (servir 50 comprimés) NR

Anti-inflammatoire

☐ **Ibuprofène** 600 mg **PO** avec le misoprostol et 400 mg **PO** aux 4 h PRN si douleur ou fièvre (servir 20 comprimés) NR

ou

☐ **Naproxène** 500 mg **PO** avec le misoprostol et 500 mg **PO** BID PRN si douleur (servir 20 comprimés) NR

Opiacés

☐ **Hydromorphone** 1-2 mg **PO** aux 4 h PRN si douleur non soulagée par acétaminophène et AINS (servir 5 comprimés de 2 mg) NR

ou

☐ **Morphine** 10 mg **PO** aux 4 h PRN si douleur non soulagée par acétaminophène et AINS (servir 5 comprimés de 10 mg) NR

Autres : _____

Contraception : **Utiliser la FOPRE-1535-Contraception hormonale et stérilet** pour prescrire la contraception hormonale

Renouvellements :

1

2

3

4

5

6

11

NR

Prescripteur

(nom en lettres moulées)

Signature et numéro de permis**Date****Autres informations****Transmission confidentielle par télécopieur** (Norme 2008.01 OPQ)**Avis de confidentialité :** Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu doit être protégé. Si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer l'expéditeur.**Certification du prescripteur :** Je certifie que ce document est une ordonnance originale, le pharmacien identifié est le seul destinataire, l'original N'EST PAS UTILISÉ, il est conservé au dossier-patient du CHU Sainte-Justine.**Expéditeur - Nom :** _____ **No. Télécopieur :** _____ **No. Téléphone :** _____**Télécopié au pharmacien (Nom) :** _____ **No. télécopieur :** _____ **Date :** _____

Ce formulaire d'ordonnance externe vise à établir un bilan comparatif au départ du patient et constitue le seul autorisé au CHU Ste-Justine.

Si ce formulaire est télécopié : **ORIGINAL/BLANC – Dossier CHU Sainte-Justine****COPIE/ROSE – A jeter**Si ce formulaire n'est pas télécopié : **ORIGINAL/BLANC – Pharmacien d'officine (remis au patient) – COPIE/ROSE – Dossier CHU Sainte-Justine**

FOPRE-1986

GRM : 30011846

Clientèle : **Obstétrique**

Médecin responsable : Janie Benoît

Pharmacien responsable : Ema Ferreira

Infirmière responsable : Véronique Pelchat

Date/heure : 20220404-1500

