

**CHU SAINTE-JUSTINE**

3175, 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 (m<sup>2</sup>)**Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE**

FOPREC – 2123 – Analyses chez femme enceinte avec symptômes de prééclampsie (1 de 1)

**Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 172)****L'ordonnance collective peut être consultée au : <http://www.chusj.org/oc>**

*N.B. La présence de carrés(□) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable. Veuillez cocher et inscrire la dose pour valider le choix. La ou les ordonnances non choisies sont raturées par le médecin prescripteur afin de confirmer leur non validité (donc non servies au patient).*

Utiliser cette ordonnance pour initier des analyses sanguines et urinaires chez la femme enceinte présentant des symptômes de prééclampsie

☐ **Bilan prééclampsie**

Formule sanguine complète (FSC)

Créatinine

Acide urique

ALT

Rapport protéine/créatinine

Analyse d'urine

**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 :** \_\_\_\_\_

**Si ce formulaire est télécopié :** **ORIGINAL/BLANC – Dossier CHU Sainte-Justine**

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

FOPREC-2123

**GRM : 30013026**Clientèle : **Obstétrique**

Médecin responsable : Sandrine Wavrant

Pharmacien responsable : Marie-Sophie Brochet

Infirmière responsable : Valérie Samson

**Date/heure : 20240117-1500**