



INSTALLATION : _____

ORDONNANCES PHARMACEUTIQUES

TRAVAIL PRÉTERME TOCOLYSE ET CORTICOTHÉRAPIE

Allergies médicamenteuses¹/intolérances¹ : _____

ANNÉE		MOIS		JOUR		h	
Date						Heure	

Poids¹: _____ kg Taille¹: _____ cm

TOCOLYSE

- ☐ NaCl 0,9 % 500 mL IV en bolus sur 30 minutes
- ☐ Soluté _____ à _____ mL/h
- ☐ Nifédipine courte action

Doses initiales

- ☐ Nifédipine 10 mg PO aux 20 minutes jusqu'à l'arrêt des contractions utérines (maximum 40 mg)
- 1^{re} dose donnée à _____ h le _____ / _____ / _____
Année / Mois / Jour

- ☐ Réévaluation médicale pour cesser la Nifédipine si arrêt complet des contractions

Si contractions persistent après 90 minutes ou reprise des contractions :

- ☐ Nifédipine 10 mg PO STAT
- ☐ Si plus de 4 contractions utérines à l'heure : Nifédipine 10 mg PO aux 4 heures
- ☐ Si 4 contractions utérines ou moins à l'heure : Nifédipine 10 mg PO aux 6 heures
- ☐ Poursuivre jusqu'à 24 heures après la dernière dose de corticostéroïde puis cesser

- ☐ Indométhacine 100 mg IR X 1 dose prétransfert vers le centre receveur

Dose donnée à _____ h le _____ / _____ / _____
Année / Mois / Jour

CORTICOTHÉRAPIE

- ☐ 1^{er} choix
Bétaméthasone 12 mg IM aux 24 heures X 2 doses - 1^{re} dose donnée à _____ h le _____ / _____ / _____
Année / Mois / Jour
- ☐ 2^e choix
Dexaméthasone 6 mg IM aux 12 heures X 4 doses - 1^{re} dose donnée à _____ h le _____ / _____ / _____
Année / Mois / Jour

Signature du médecin prescripteur

Nom en caractère d'imprimerie

N° de permis

¹ Documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible

Numérisé le (année/mois/jour) : _____ / _____ / _____ à _____ h