

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE (OPI)

HÉMATURIE MACROSCOPIQUE ASYMPTÔMATIQUE

Installation : _____

Date : _____

Communiquer avec l'infirmière de l'Accueil clinique du lundi au vendredi de 8 h à 16 h

Téléphone : 418-228-2031, poste 37885

Téléavertisseur : 1-866-480-1167

Fax : 418-228-4952

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

ATCD pertinents : _____

Poids : _____ Taille : _____ Allergie(s) : _____

Analgésie prescrite : ☐ Oui ☐ Non Laquelle : _____

ORDONNANCE MÉDICALE

1. **Laboratoires** (Délai plus petit ou égal à 1 semaine, jours ouvrables) :
FSC, RNI, TCA, Créatinine, Urée, calcul de la DFGE, ²-hCG quantitatif (si en âge de procréer), Analyse d'urine (SMU), Culture d'urine (DCA), Cytologie urinaire X 2.

Si BHCG positif (plus grand que 5 UI/L) : Aviser le médecin requérant le jour même pour validation/traitement.

Si DFGE plus grande que 40 ml/min et plus petite ou égale à 45 ml/min, refaire une DFGE le jour même du TDM avant de débiter l'OPI Prévention de néphrotoxicité.

2. **Épreuves diagnostiques** (Délai plus petit ou égal à 2 semaines, jours ouvrables) :
- Si DFGE plus grande que 45 ml/min : TDM abdominal-pelvien en 4 phases.
 - Si DFGE plus grande que 40 ml/min et plus petite ou égale à 45 ml/min : TDM abdominal-pelvien en 4 phases avec OPI Prévention de la néphrotoxicité.
 - Si DFGE plus grande que 30 ml/min et plus petite ou égale à 40 ml/min : IRM abdominal (le médecin requérant doit compléter la demande d'IRM)
 - Si DFGE plus petite ou égale à 30 ml/min : Échographie rénale.

3. **Consultation en urologie** (Délai plus petit ou égal à 28 jours, jours ouvrables)

- Cystoscopie le jour même de la consultation en urologie

4. **Allergie à l'iode** (L'infirmière de l'Accueil clinique complètera et exécutera l'ordonnance indiquée selon la case cochée)

- ☐ Aucune allergie.
- ☐ Si réaction mineure : TMD avec préparation (PHARM-MULTI-14).
- ☐ Si réaction majeure : Échographie rénale.
- ☐ Si réaction indéterminée : À confirmer avec le radiologiste.

Médecin : _____ Licence : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____

Médecin qui accepte de faire le suivi si différent : _____ Coordonnées : _____

Approuvée par le CECMDP le :

