

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE (OPI)
HÉMATURIE MICROSCOPIQUE ASYMPTÔMATIQUE

Installation : _____

Date : _____

Pour hématurie microscopique plus grande que 2 hématies par champs lors de 2 analyses par microscope après une certaine période sans exercice, sans menstruation, sans activité sexuelle, sans exploration instrumentale des voies urinaires, sans infection urinaire ou toutes autres causes évidentes.

<p align="center">Communiquer avec l'infirmière de l'Accueil clinique du lundi au vendredi de 8 h à 16 h</p> <p align="center">Téléphone : 418-228-2031, poste 37885 Téléavertisseur : 1-866-480-1167 Fax : 418-228-4952</p>		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES		
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>ATCD pertinents : _____</p> <p>_____</p> <p>Poids : _____ Taille : _____ Allergie(s) : _____</p>		
<p>Critère d'exclusion absolu :</p> <ul style="list-style-type: none"> Présence de protéinurie plus grande que 1g/24 heures, cylindres hématiques, érythrocytes dysmorphiques (causes sévères) : Pas d'investigation à l'Accueil clinique. Retour au médecin traitant. 		
ORDONNANCE MÉDICALE		
<p>1. Laboratoires (Délai plus petit ou égal à 2 semaines, jours ouvrables) : Culture d'urine, Cytologie urinaire X 2, Créatinine, Calcul de la DFG_e, ²-hCG quantitatif (si en âge de procréer) <u>Si BHCG positif (plus grand que 5 UI/L) : Aviser le médecin requérant le jour même pour validation/traitement.</u></p> <p>2. Épreuves diagnostiques (Délai plus petit ou égal à 1 mois, jours ouvrables) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Si DFG_e plus grande que 60 ml/min : TDM abdominal-pelvien en 4 phases Si DFG_e plus petite ou égale que 60 ml/min : Échographie rénale <p>3. Consultation en urologie (Délai plus petit ou égal à 3 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> Cystoscopie le jour même de la consultation en urologie <p>4. Allergie à l'iode (L'infirmière de l'Accueil clinique complètera et exécutera l'ordonnance indiquée selon la case cochée)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aucune allergie. <input type="checkbox"/> Si réaction mineure : TMD avec préparation (PHARM-MULTI-14). <input type="checkbox"/> Si réaction majeure : Échographie rénale. <input type="checkbox"/> 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 : _____



OPI – HÉMATURIE MICROSCOPIQUE ASYMPTÔMATIQUE

No de commande : xxxxxxxx