

**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.

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) : \_\_\_\_\_

**Critère d'exclusion absolu :**

- 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**

**1. Laboratoires** (Délai plus petit ou égal à 2 semaines, jours ouvrables) :

Culture d'urine, Cytologie urinaire X 2, Créatinine, Calcul de la DFGe, <sup>2</sup>-hCG quantitatif (si en âge de procréer)  
Si BHCG positif (plus grand que 5 UI/L) : Aviser le médecin requérant le jour même pour validation/traitement.

**2. Épreuves diagnostiques** (Délai plus petit ou égal à 1 mois, jours ouvrables) :

- Si DFGe plus grande que 60 ml/min : TDM abdominal-pelvien en 4 phases
- Si DFGe plus petite ou égale que 60 ml/min : Échographie rénale

**3. Consultation en urologie** (Délai plus petit ou égal à 3 mois)

- 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 radiologue.

Médecin : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Médecin qui accepte de faire le suivi **si différent** : \_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_

Approuvée par le CECMDP le :

1



**OPI – HÉMATURIE MICROSCOPIQUE ASYMPTÔMATIQUE**

No de commande : xxxxxxxx