CRITÈRES POUR UN ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

Patiente Tél.

Professionnel de la santé :

INDUCTION DEMANDÉE LE :
Mois par nom (aaaa/jj)

Âge gestationnel à la date que l'induction fût demandée : (semaines + jours)	DPA (aaaa/mm/jj)	G	T	P	A	V

PRIORITÉ	
❑ **Immédiate** Patiente doit être admise	❑ **Patiente externe** ❑ **Patiente hospitalisée**
❑ **1** Induction dans les 24 heures ❑ **2** Induction dans les 48 heures ❑ **3** Autre	PDS doit être avisé si la patiente n'est pas admise dans les délais précis.

INDICATIONS MATERNELLES

❑ Hypertension gravidique :
- ❑ Prééclampsie sévère : tension artérielle diastolique plus de 110, protéinurie et condition défavorable
- ❑ Prééclampsie légère à modérée : tension artérielle diastolique plus de 90 et protéinurie ou condition défavorable, plus de ou égal à 37 semaines
- ❑ Hypertension gestationnelle : tension artérielle diastolique plus de 90, AUCUNE protéinurie ni condition défavorable, plus de ou égal à 39 semaines

❑ Diabète :
- ❑ Diabète avec complications
- ❑ Diabète de type I ou II sous insuline plus de ou égal à 38 semaines
- ❑ Diabète gestationnel sous insuline plus de ou égal à 38 semaines

❑ Rupture préterme et prématurée des membranes

❑ Autres conditions maternelles : _____

INDICATIONS FŒTALES

❑ Post-terme (plus de ou égal à 41+3 semaines)

❑ Surveillance du bien-être fœtal anormal

❑ PAG/RCIU :
- ❑ Croissance estimée à moins de 10e percentile et autre anomalie (ratio S/D, artère cérébral médial)
- ❑ Croissance estimée à moins 10e percentile, autrement non compliqué, plus de ou égal à 38 semaines
- ❑ Aplatissement de la courbe de croissance

❑ Oligohydramnios : ❑ Aucun compartiment de 2 x 2 cm

❑ Autre condition fœtale :

MÉTHODE PLANIFIÉE

État du col : Dilatation : _____ Effacement : _____ Station : _____ Position : _____ Consistence : _____

❑ Maturation du col ❑ RAM ❑ Oxytocine ❑ À être évaluée

❑ Plan de soins si l'induction a échoué :

COMMENTAIRES/SUIVI

Documentation : ❑ U/S ❑ Labs ❑ Consultation ❑ Autre : _____

❑ Livret sur l'induction fourni (le cas échéant)

Signature (Professionnel de la santé) Date (aaaa/mm/jj)

***** Doit télécopier ou apporter le(s) formulaire(s) à l'Unité des naissances.

Légende : PAG Petit pour âge gestationnel
S/D Systolique / Diastolique
RCIU Restriction de croissance intra-utérin
RAM Rupture artificielle des membranes