



## ORDONNANCE - MANOMÉTRIE ET PH MÉTRIE

Poids contrôlé : \_\_\_\_\_ kg    Taille : \_\_\_\_\_ cm    Allergies : \_\_\_\_\_

Intolérances : \_\_\_\_\_

### Informations concernant l'utilisateur et l'examen demandé (section obligatoire à compléter)

Cocher (✓)	Contre-indications absolues : <input type="checkbox"/> non
	Antécédent de chirurgie trans-sphénoïdale (à vie)
	Plaquettes plus petit que 25 x 10 <sup>9</sup> /L
Cocher (✓)	Contre-indications relatives : <input type="checkbox"/> non
	Traumatisme facial ou à la base du crâne (3 mois et moins)
	Chirurgie maxillo-faciale récente (3 mois et moins)
	Antécédent de chirurgie gastrique ou œsophagienne
	Fuite, fistule ou perforation de l'œsophage ou de l'estomac
	Œsophagite radique
	Obstruction œsophago-gastrique connue (ex: sténose)
	Possibilité de Zenker ou autre diverticule de l'œsophage
	Possibilité d'hernie hiatale massive

Préciser la localisation de l'anomalie notée / date de l'antécédent : \_\_\_\_\_

Indication(s) de l'examen : \_\_\_\_\_ DÉLAI :  STAT  Ce jour  Autre : \_\_\_\_\_

Usager sous anticoagulants/antiplaquettaires/héparine i.v., précisez : \_\_\_\_\_

- Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Usager sous hypoglycémiant oraux ou sous insuline, précisez : \_\_\_\_\_

- Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Usager ayant un stimulateur cardiaque :  Cardiostimulateur  Cardiostimulateur / Défibrillateur

Isolement, précisez : \_\_\_\_\_

Autre(s) information(s) pertinente(s) : \_\_\_\_\_

<b>PHYSIOLOGIE DIGESTIVE</b>	<input type="checkbox"/> Manométrie - Cesser les agents de motilité gastrique et les antiacides 24 h avant l'examen - À jeun le jour de l'examen - Aucun médicament p.o. le jour de l'examen <input type="checkbox"/> Cesser les bloqueurs des canaux calciques 3 jours avant l'examen (si possible)
	<input type="checkbox"/> pH métrie - Cesser inhibiteur de pompes à proton ____ jours (5 à 7) avant l'examen - Cesser les antihistaminiques de type H <sub>2</sub> 3 jours avant l'examen - Cesser les agents de motilité gastrique et les antiacides 24 h avant l'examen - À jeun le jour de l'examen - Aucun médicament p.o. le jour de l'examen

<b>SUIVI post-examen</b>	<input type="checkbox"/> Multiples examens à coordonner, appeler la clinique de chirurgie thoracique ou générale avant de céduer le RDV <input type="checkbox"/> Prévoir rendez-vous en externe : médecin : _____ Délai : _____ <input type="checkbox"/> Aviser le médecin après l'examen
--------------------------	---

Nom du prescripteur : \_\_\_\_\_ En lettres moulées N° de permis : \_\_\_\_\_  
 Année Mois Jour Heure  
 Signature médicale (ou autorisée) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Télécopié heure : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Heures Initiales : \_\_\_\_\_ Télécopier RECTO-VERSO au : 418-656-4595  
 Numérisé heure : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Heures Initiales : \_\_\_\_\_ Numériser RECTO-VERSO à la pharmacie

**À L'INTENTION DU SERVICE D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE**

Chaque référence pour manométrie est revue par l'un des médecins du laboratoire de physiologie de l'œsophage afin de s'assurer que la priorité qui sera inscrite sur la liste d'attente est conforme avec les renseignements cliniques disponibles.

Priorité manométrie attribuée :  PM1  PM2  PM3  PM4  PM contrôle Délai : \_\_\_\_\_

**Légende :**  
 PM : priorité manométrie

<b>PM 1</b>	<b>Moins de 1 mois</b> - Dysphagie avec malnutrition ou risque d'aspiration - Bilan pré-greffe
<b>PM 2</b>	<b>Moins de 3 mois</b> - Dysphagie sans malnutrition, ni risque d'aspiration - Suspicion d'achalasia - Hernie hiatale intra-thoracique symptomatique
<b>PM 3</b>	<b>3 à 6 mois</b> - Bilan préopératoire de traitement anti reflux
<b>PM 4</b>	<b>6 à 12 mois</b> - Bilan de relux gastro-œsophagien

**Si contre-indication : faire évaluer le dossier de l'utilisateur par un médecin du laboratoire de physiologie de l'œsophage afin qu'il spécifie ci-dessous la conduite à tenir.**

**Conduite à tenir :**

Examen standard pouvant être réalisé par l'infirmière  
 Examen avec gastroscopie  
 Examen avec laryngoscopie  
 Autre : \_\_\_\_\_

Nom du médecin du laboratoire de physiologie de l'œsophage \_\_\_\_\_ En lettres moulées N° de permis : \_\_\_\_\_  
 Année Mois Jour Heure  
 Signature médicale (ou autorisée) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_