



Installation : CISSS de la Montérégie-Centre

ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE (OPIMC-94) :
ANTIBIOTHÉRAPIE STREPTOCOQUE DU GROUPE B (SGB)
CHEZ UNE PERSONNE ENCEINTE EN TRAVAIL

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Clairance de la créatinine (ClCr) : _____ mL/min

Allergie(s) : _____

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : _____

RAMQ : _____

TÉLÉPHONE : _____

1. ANTIBIOPROPHYLAXIE
1.1. INDICATIONS ET CONDITIONS PRÉALABLES.
▪ SGB positif
1.2. CONTRE-INDICATIONS
▪ Aucune
2. ORDONNANCES PHARMACOLOGIQUES
2.1. CHOIX 1 ANTIBIOPROPHYLAXIE CONSIDÉRÉE OPTIMALE
<u>Initiales</u> Penicilline G sodique, 5 millions unités IV stat, puis 2,5 millions unités IV q 4 h jusqu'à l'accouchement.
OU
▪ Allergie à la pénicilline avec faible risque d'anaphylaxie.
<u>Initiales</u> Céfazoline 2 g IV stat, puis 1 g IV aux 8 h jusqu'à l'accouchement
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">ALERTE <i>Initier l'antibiotique rapidement afin d'éviter des infections et des prélèvements chez le nouveau-né. Afin que l'antibioprophyllaxie soit considérée efficace, elle doit être administrée 4 h et plus avant la naissance.</i></div>
2.2. CHOIX 2 ANTIBIOPROPHYLAXIE CONSIDÉRÉE NON OPTIMALE
▪ Si allergie à la pénicilline ou aux céphalosporines avec risque élevé d'anaphylaxie ET SGB sensible à la clindamycine :
<u>Initiales</u> Clindamycine 900 mg IV aux 8 h jusqu'à l'accouchement.
OU
▪ Si allergie à la pénicilline ou aux céphalosporines avec risque élevé d'anaphylaxie ET SGB résistant à la clindamycine OU si sensibilité inconnue.
<u>Initiales</u> Vancomycine 1 g IV aux 12 h jusqu'à l'accouchement
OU
<u>Initiales</u> Vancomycine _____ g IV aux 12 h jusqu'à l'accouchement
OPI révisée par : Dre Barbara Monet, Dre Nathalie Cyr gynécologue, Dre Marie-Christine Desrosiers, Dre Caroline Delisle, Dre Véronique Proulx, Dre Maryse Lefebvre omnipraticiennes, Isabelle Savary, conseillère-cadre en soins infirmiers, Stéphanie Brodeur, Patricia Poirier pharmaciennes

Initiales Président du COP : _____

Date : 2025-12-29

Date (AAAA-MM-JJ)

Heure

Nom du prescripteur autorisé

Signature du prescripteur

N° permis

OPI numérisée par : _____ Date et heure d'envoi : _____ OPI relevée par : _____