



\*352\*

N° dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. : 20\_\_/\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  M  F  
Année Mois Jour

**FORMULAIRE DE LIAISON  
PHARMACIE COMMUNAUTAIRE**

S'applique à :  RLS Pierre-Boucher  RLS Richelieu-Yamaska  RLS Pierre-De Saurel  Services jeunesse  GMF  EDST

Allergies/Intolérances :  Non  Oui, préciser : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ m Poids : \_\_\_\_\_ kg

**Relatif à l'initiation d'un traitement pharmacologique chez un usager présentant une douleur pharyngée** **FORM-0004**

Se référer à l'OC-00091 et au protocole PROM-00001 relatifs à l'initiation de mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez un usager présentant une douleur pharyngée disponible au : <https://extranet.santemonteregie.qc.ca/ordonnances-collectives/>.

**IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN) (si transmission par télécopieur)**

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Ce formulaire représente le formulaire original. La pharmacie ou le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

**RAISON CLINIQUE**

L'usager a reçu un test positif au streptocoque  $\beta$ -hémolytique de type A

**MÉDICAMENT ET POSOLOGIE**

| Enfant   | Adulte   |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amoxicilline 50 mg/kg/jour PO ÷ bid x 10 jours (max 500 mg bid) (poids : _____ kg)<br><input type="checkbox"/> Amoxicilline 50 mg/kg/jour PO die x 10 jours (max 1000 mg die) (poids : _____ kg)<br><input type="checkbox"/> Pénicilline V 300 mg PO bid x 10 jours (si $\leq$ 27 kg)<br><input type="checkbox"/> Pénicilline V 600 mg PO bid x 10 jours (si $>$ 27 kg)<br><u>Si allergie non de type 1 à la pénicilline :</u><br><input type="checkbox"/> Céphalexine 40 mg/kg/jour PO ÷ bid x 10 jours (max 500 mg bid)<br><u>Si allergie de type 1 à la pénicilline:</u><br><input type="checkbox"/> Clarithromycine 15 mg/kg/jour PO ÷ bid pour 10 jours (max 250 mg bid)<br><input type="checkbox"/> Azithromycine 12 mg/kg PO die x 5 jours (max. 500 mg die) | <input type="checkbox"/> Pénicilline V 600 mg PO bid x 10 jours<br><input type="checkbox"/> Amoxicilline 500 mg PO bid x 10 jours<br><input type="checkbox"/> Amoxicilline 1000 mg PO die x 10 jours<br><u>Si allergie non de type 1 à la pénicilline :</u><br><input type="checkbox"/> Céfadroxil 1000 mg PO die x 10 jours<br><input type="checkbox"/> Céphalexine 500 mg PO bid x 10 jours<br><u>Si allergie de type 1 à la pénicilline :</u><br><input type="checkbox"/> Clarithromycine 250 mg PO bid pour 10 jours<br><input type="checkbox"/> Azithromycine 500 mg PO die le jour 1, puis 250 mg PO die x 4 jours<br><input type="checkbox"/> Clindamycine 300 mg PO tid x 10 jours |

**IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ (MÉDECIN OU IPS)**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis d'exercice : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR CETTE ORDONNANCE**

\_\_\_\_\_ Nom (caractère d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ :\_\_\_\_  
Année Mois Jour Heure

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
No de permis