

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 β -hémolytique de type A

MÉDICAMENT ET POSOLOGIE

Enfant	Adulte
<input type="checkbox"/> Amoxicilline 50 mg/kg/jour PO \div bid x 10 jours (max 500 mg bid) (poids : _____ kg) <input type="checkbox"/> Amoxicilline 50 mg/kg/jour PO die x 10 jours (max 1000 mg die) (poids : _____ kg) <input type="checkbox"/> Pénicilline V 300 mg PO bid x 10 jours (si \leq 27 kg) <input type="checkbox"/> Pénicilline V 600 mg PO bid x 10 jours (si $>$ 27 kg) <u>Si allergie non de type 1 à la pénicilline :</u> <input type="checkbox"/> Céphalexine 40 mg/kg/jour PO \div bid x 10 jours (max 500 mg bid) <u>Si allergie de type 1 à la pénicilline:</u> <input type="checkbox"/> Clarithromycine 15 mg/kg/jour PO \div bid pour 10 jours (max 250 mg bid) <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 <input type="checkbox"/> Amoxicilline 500 mg PO bid x 10 jours <input type="checkbox"/> Amoxicilline 1000 mg PO die x 10 jours <u>Si allergie non de type 1 à la pénicilline :</u> <input type="checkbox"/> Céfadroxil 1000 mg PO die x 10 jours <input type="checkbox"/> Céphalexine 500 mg PO bid x 10 jours <u>Si allergie de type 1 à la pénicilline :</u> <input type="checkbox"/> Clarithromycine 250 mg PO bid pour 10 jours <input type="checkbox"/> Azithromycine 500 mg PO die le jour 1, puis 250 mg PO die x 4 jours <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 : ____ / ____ / ____ : ____ Signature du professionnel No de permis