



ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

Aucune allergie connue : []

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg)	Taille (cm)	Surface corporelle (m ²)
-------------------	-------------	--------------------------------------

Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE

FOPREC – 2139 – Traitement du reflux gastro-œsophagien en obstétrique-gynécologie (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 051)
L'ordonnance collective peut être consultée au : <http://www.chusj.org/oc>

N.B. La présence de carrés(☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable. Veuillez cocher et inscrire la dose pour valider le choix. La ou les ordonnances non choisies sont raturées par le médecin prescripteur afin de confirmer leur non validité (donc non servies au patient).

MÉDICAMENTS

- Carbonate de calcium** (Tums^{md}) 200 - 400 mg calcium élémentaire **PO** QID PRN x 1 mois REN. : 3
- Hydroxyde d'aluminium et de magnésium** (Maalox^{md}) 15 mL **PO** QID PRN x 1 mois REN. : 3
- Famotidine** : 20 mg **PO** DIE x 1 mois REN. : 3
 20 mg **PO** BID x 1 mois REN. : 3
- Oméprazole** : 20 mg **PO** DIE x 1 mois REN. : 3
 20 mg **PO** BID x 1 mois REN. : 3

Cesser :

- Carbonate de calcium (Tums^{md})
- Hydroxyde d'aluminium et de magnésium (Maalox^{md})
- Famotidine
- Oméprazole

Renouvellements : 1 2 3 4 5 6 11 NR

Prescripteur (nom en lettres moulées)	Signature et numéro de permis	Date
---	--------------------------------------	-------------

Autres informations

Transmission confidentielle par télécopieur (Norme 2008.01 OPQ)

Avis de confidentialité: Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu doit être protégé. Si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer l'expéditeur.
Certification du prescripteur: Je certifie que ce document est une ordonnance originale, le pharmacien identifié est le seul destinataire, l'original **N'EST PAS UTILISÉ**, il est conservé au dossier-patient du CHU Sainte-Justine.

Expéditeur - Nom : _____ No. Télécopieur : _____ No. Téléphone : _____
Télécopié au pharmacien (Nom) : _____ No. télécopieur : _____ Date : _____

Si ce formulaire est télécopié : ORIGINAL/BLANC – Dossier CHU Sainte-Justine **COPIE/ROSE – A jeter**
Si ce formulaire n'est pas télécopié : ORIGINAL/BLANC – Pharmacien d'officine (remis au patient) – COPIE/ROSE – Dossier CHU Sainte-Justine

