



**ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES**

Aucune allergie connue : [ ]

Allergies : \_\_\_\_\_

Intolérances : \_\_\_\_\_

Poids (kg)	Taille (cm)	Surface corporelle (m <sup>2</sup> )
------------	-------------	--------------------------------------

**Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE**

FOPREC – 1920 – Acide acétylsalicylique en début de grossesse (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 131)  
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).*

À prendre de la 9<sup>e</sup> semaine de grossesse soit du : 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Jusqu'à la 36<sup>e</sup> semaine de grossesse soit le 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Acide acétylsalicylique** enrobage entérique 81 mg **PO HS**

OU

**Acide acétylsalicylique** enrobage entérique 162 mg **PO HS**

<b>Renouvellements :</b>	1	2	3	4	5	6	11		NR
--------------------------	---	---	---	---	---	---	----	--	----

<b>Prescripteur</b> (nom en lettres moulées)	<b>Signature et numéro de permis</b>	<b>Date</b>
---	--------------------------------------	-------------

**Autres informations**

**Transmission confidentielle par télécopieur** (Norme 2008.01 OPO)

**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 :** \_\_\_\_\_

