

CHU SAINTE-JUSTINE3175, Côte-Ste-Catherine, Montréal, Qué. H3T 1C5
Tél. : 514-345-4931**ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES**

Aucune allergie connue : []

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg)

Taille (cm)

Surface corporelle (m²)**Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE**

FOPREC – 927 – CPA - Première visite du ou de la partenaire (1 de 1)

**Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 43)
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).***Bilan initial**

VIH

Syphilis (VDRL)

Hépatite B (HBsAg), anti-HBs-Ag

Hépatite C (anti-VHC)

 Électrophorèse de l'hémoglobine Personne originaire de la région de Charlevoix, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Haute Côte-Nord :

Acidose lactique congénitale

Ataxie récessive spastique de Charlevoix-Saguenay

Neuropathie sensitivo-motrice héréditaire avec ou sans agénésie du corps calleux

Tyrosinémie héréditaire de type 1

 Spermogramme Caryotype Électrocardiogramme**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**

FOPREC-927

GRM : 30006810Clientèle : **Centre de Procréation Assistée**

Médecin responsable : Elias Dahdouh

Pharmacien responsable : Marie-Sophie Brochet

Infirmières responsables : Pamela Perez, Audrey Rousseau

Date/heure : 20240514-1330