



ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

Aucune allergie connue : []
Allergies : _____
Intolérances : _____

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

Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE

FOPREC – 759 – Équipement respiratoire (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (numéro O.C. 122)
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).

Compresseurs

- Pulmo Aide DeVilbiss
- Pulmo Aide DeVilbiss compact
- Pari Proneb
- eRapid (eFlow)

Aérochambre

- Orange avec masque pour nourrisson (0-6 mois)
- Jaune avec masque pour enfant (6 mois à 4 ans)
- Bleu avec embout buccal (4 ans et plus)
- Bleu avec masque

Nébuliseurs réutilisables

- Pari LC STAR
- Pari LC PLUS
- Pari LC SPRINT
- Masque « Poisson » (en général < 4 -5 ans)
- eRapid (eFlow)

Renouvellements : 1 2 3 4 5 6 11 NR

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

Autres informations

Pour les parents :

Nébuliseur : Nettoyage requis après chaque usage
Désinfection aux 2 jours

Aérochambre : Nettoyage 1 fois par semaine

Transmission confidentielle par télécopieur (Norme 2008.01 OPG)

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 :** _____
Télocopié au pharmacien (Nom) : _____ **No. télécopieur :** _____ **Date :** _____

