

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 (m ²)
-------------------	-------------	--------------------------------------

Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE

FOPREC – 1919 – Ajustement de la lévothyroxine 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. 153)
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).*

Maintenir la dose pré-grossesse de lévothyroxine 5 jours par semaine et la doubler 2 jours par semaine :

Lévothyroxine (Syntroid^{md}) _____ mcg **PO** DIE du **lundi au vendredi****Lévothyroxine** (Syntroid^{md}) _____ mcg **PO** DIE **samedi et dimanche**

Pour toute la durée de la grossesse

Contrôle de TSH 4 semaines après le changement de dose de lévothyroxine

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

FOPREC-1919

GRM : 30011181Clientèle : **Obstétrique**

Médecin responsable : Lucie Morin

Pharmacien responsable : Marie-Sophie Brochet

Infirmière responsable : Valérie Samson

Date/heure : 20201117-0930