

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 – 1507 – Cliniques externes d'asthme et de pneumologie – Housses anti-acariens (1 de 1)

**Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 129)
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).***INDICATIONS**

Le patient doit rencontrer tous les critères suivants :

- Être âgé de 1 an ou plus
- Avoir un diagnostic d'asthme ou de bronchospasme et être suivi à la clinique d'asthme du service de pédiatrie ou à la clinique de pneumologie
- Avoir un test positif d'allergie aux acariens ou un autre aéroallergène

CONTRE-INDICATIONS

- Patient âgé de moins de 1 an

Housses anti-acariens

_____ Couvre-matelas

_____ Couvre-oreillers

_____ Couvre-édredon

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-1507

GRM : 30009240

Clientèle : Pneumologie

Médecin responsable : Francine Ducharme

Pharmacien responsable : Pascal Bédard

Date/heure : 20161102-1500

