



ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

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

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

Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE

FOPREC – 1508 – Cliniques d'asthme et de pneumologie – Tests de fonction pulmonaire (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 0128)
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 3 ans 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 besoin d'une évaluation du contrôle de l'asthme suite à un ajustement thérapeutique ou pendant une période à risque de détérioration

CONTRE-INDICATIONS

- Patients âgés de moins de 3 ans
- Tests de fonction pulmonaires réalisés dans le mois précédent

TESTS

- 3 - 5 ans : Test d'oscillation pré bronchodilatation
- ≥ 6 ans : Test de spirométrie pré bronchodilatation

S'assurer de coordonner le test avec le rendez-vous de suivi

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 :** _____

