



ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

Aucune allergie connue : []

Allergies : _____

Intolérances : _____

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

Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE

FOPREC – 678 – Fibrose kystique – Culture de gorge (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (numéro O.C. 123)
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).

Culture de gorge : Protocole de fibrose kystique

Ne pas boire ou manger 1 heure avant le prélèvement

- Effectuer une culture de gorge ou d'expectoration
- Rechercher Pseudomonas aeruginosa et Staphylococcus aureus
- Si culture positive : faire un antibiogramme
- S.V.P. Faxer les résultats au secrétariat de fibrose kystique au : (514) 345-4804

À faire 7 à 10 jours après la fin du traitement

À faire le plus rapidement possible

Médecin requérant : _____ No permis : _____

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 :

- Pour nous assurer d'obtenir le résultat de la culture de votre enfant, s.v.p. nous aviser au (514) 345-4931 poste 6045,
- Du nom de l'établissement où la culture a été faite (si fait ailleurs qu'à Ste-Justine)
- De la date de la culture

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 :** _____

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

