

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 – 1136 – Diabète et grossesse – Ordonnances d'insuline (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à des ordonnances collectives approuvées au CHU Sainte-Justine (O.C. 156, O.C. 157) 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 prescripteur afin de confirmer leur non validité (donc non servies au patient).***INSULINE PRANDIALE (ACTION ULTRARAPIDE)**

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Insuline aspart (Trurapi ^{md} , Trurapi Solostar ^{md}) 100 unités/mL, | <input type="checkbox"/> cartouches | <input type="checkbox"/> stylos préremplis |
| <input type="checkbox"/> Insuline glulisine (Apidra ^{md} , Apidra Solostar ^{md}) 100 unités/mL | <input type="checkbox"/> cartouches | <input type="checkbox"/> stylos préremplis |
| <input type="checkbox"/> Insuline lispro (Admelog ^{md} , Admelog Solostar ^{md}) 100 unités/mL | <input type="checkbox"/> cartouches | <input type="checkbox"/> stylos préremplis |
| <input type="checkbox"/> Insuline lispro (Humalog ^{md} KwikPen) 200 unités/mL , stylos préremplis | | |

Posologie actuelle de l'insuline prandiale (ajustable par l'infirmière ou le médecin de la clinique MIGO) :**Matin** : _____ unités **sous-cutané** **Midi** : _____ unités **sous-cutané** **Soir** : _____ unités **sous-cutané**
Servir 1 mois**INSULINE BASALE (ACTION INTERMÉDIAIRE)**

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Insuline isophane (Novolin ge NPH ^{md}) 100 unités/mL, cartouches | | |
| <input type="checkbox"/> Insuline isophane (Humulin N ^{md} , Humulin N ^{md} KwikPen) 100 unités/mL, | <input type="checkbox"/> cartouches | <input type="checkbox"/> stylos préremplis |

Posologie actuelle de l'insuline basale à action intermédiaire (ajustable par l'infirmière ou le médecin de la clinique MIGO) :**Matin** : _____ unités **sous-cutané** **Coucher** : _____ unités **sous-cutané**
Servir 1 mois**INSULINE BASALE (ACTION PROLONGÉE) - Prescription autorisée par le médecin seulement**

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Insuline glargine (Basaglar ^{md} , Basaglar ^{md} KwikPen) 100 unités/mL, | <input type="checkbox"/> cartouches | <input type="checkbox"/> stylos préremplis |
| <input type="checkbox"/> Insuline glargine (Toujeo Solostar ^{md} /Doublestar ^{md}) 300 unités/mL , stylos préremplis | | |
| <input type="checkbox"/> Insuline détémir (Lévémir ^{md} , Lévémir FlexTouch ^{md}) 100 unités/mL, | <input type="checkbox"/> cartouches | <input type="checkbox"/> stylos préremplis |
| <input type="checkbox"/> Insuline dégludec (Tresiba FlexTouch ^{md}) 100 unités/mL, stylos préremplis | | |
| <input type="checkbox"/> Insuline dégludec (Tresiba FlexTouch ^{md}) 200 unités/mL , stylos préremplis | | |

Posologie actuelle de l'insuline basale à action prolongée (ajustable par le médecin de la clinique MIGO) :**Matin** : _____ unités **sous-cutané** **Coucher** : _____ unités **sous-cutané**
Servir 1 mois**AIGUILLES** Aiguilles à stylo NovoFine^{md} Plus 32 G, 4 mm
Quantité : 100**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****COPIE/ROSE - A jeter**Si ce formulaire n'est pas télécopié : **ORIGINAL/BLANC - Pharmacien d'officine (remis au patient) - COPIE/ROSE - Dossier CHU Sainte-Justine**

FOPREC-1136

GRM : 30007243

Clientèle : **Obstétrique, Diabète**

Médecins responsables : Evelyne Rey, Marie-Lou Tardif

Pharmacien responsable : Caroline Morin

Infirmière responsable : Valérie Samson

Date/heure : 20220317-1100

