



**ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES**

Aucune allergie connue : [ ]

Allergies : \_\_\_\_\_

Intolérances : \_\_\_\_\_

<b>Poids (kg)</b>	Taille (cm)	Surface corporelle (m <sup>2</sup> )
-------------------	-------------	--------------------------------------

**Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE COLLECTIVE**

FOPREC – 2103 – Dompéridone dans l'insuffisance de lait maternel (1 de 1)

**Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 167)**  
**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).*

**Traitement de la mère d'un bébé hospitalisé en néonatalogie au CHU Sainte-Justine**

- Dompéridone 10 mg PO TID pour 1 semaine**
- Dompéridone 10 mg PO TID pour 1 mois**

<b>Renouvellements :</b>	1	2	3	4	5	6	11		NR
--------------------------	---	---	---	---	---	---	----	--	----

<b>Prescripteur</b> (nom en lettres moulées)	<b>Signature et numéro de permis</b>	<b>Date</b>
---	--------------------------------------	-------------

**Informations complémentaires**

Voici la posologie recommandée pour l'utilisation de la dompéridone comme galactogogue par l'équipe du CHU Sainte-Justine :

**Dompéridone 10 mg PO TID**

- Débuter par une période d'essai d'une semaine, avec un suivi par l'infirmière IBCLC du CHU Sainte-Justine
- Si efficace et toléré, le traitement peut être continué pour 2 à 4 semaines; après cette période d'efficacité et de stabilité, un sevrage graduel peut être amorcé, selon les conseils de l'infirmière IBCLC du CHU Sainte-Justine

**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

