

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 – 2136 – Traitement d'une infection vaginale en obstétrique-gynécologie (1 de 1)

Cette feuille d'ordonnance pré-rédigée réfère à une ordonnance collective approuvée au CHU Sainte-Justine (O.C. 174)**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).***MÉDICAMENTS**

Vaginose confirmée par culture vaginale

☐ **Métronidazole 500 mg PO BID x 7 jours**

Non renouvelable

Vaginite confirmée par culture vaginale

☐ **Clotrimazole 1%, crème 5 g (1 applicateur) intravaginal HS x 6 jours**

Non renouvelable

☐ **Clotrimazole 1 comprimé de 200 mg intravaginal HS x 3 jours**

Non renouvelable

Traitement concomitant

☐ **Clotrimazole 1%, crème en application locale** sur les parties génitales irritées 1 à 2 fois par jour x 7 jours

Non renouvelable

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-2136

GRM : 30013064

Clientèle : **Obstétrique, Gynécologie**

Médecin responsable : Sandrine Wavrant

Pharmacien responsable : Marie-Sophie Brochet

Infirmière responsable : Valérie Samson

Date/heure : 20240125-1700

