Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60804

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

CONTOURNEMENT BIBLIOTHÈQUE DE MÉDICAMENTS (BM) POMPES À PERFUSION

RAISON DU CONTOURNEMENT

☐ Médicament inexistant dans la BM OU ☐ Limite infranchissable

INFORMATIONS SUR LE MÉDICAMENT

Type de pompe : ☐ Volumétrique ☐ Pousse-seringue

Nom du médicament : _____

Précisez l'unité de mesure

Dose du médicament : _____ **OU** Concentration : _____

Volume du médicament : _____

Temps d'administration : _____ **OU** Débit : _____

LIMITES INFANCHISSABLES ☐ Sans objet

Si limites INFRANCHISSABLES contournées, confirmez avec le médecin prescripteur que les paramètres concordent bien à ce qui est souhaité pour cet usager :

Nom du médecin : _____

Important : Une fois ce formulaire complété, veuillez le transmettre à la pharmacie sous forme numérisée.

Signature et titre : _____ Date : aaaa/mm/jj Heure : hh:mm