

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAAA-MM
 Nom de la mère : _____

FORMULAIRE DE LIAISON INFIRMIÈRE-PHARMACIEN – OC-6019

En lien avec l'ordonnance collective: **OC-6019 Dépistage et traitement de décolonisation du *Staphylococcus aureus* en préopératoire d'une chirurgie de prothèse orthopédique**

Allergie : ☐ Non ☐ Oui : _____

☐ Usager connu SARM Dépistage positif SARM/SASM effectué le : _____ aaaa-mm-jj

J'ai procédé à l'évaluation de l'usager dont le nom figure ci-dessus. L'usager est admissible à recevoir la médication ci-après identifiée par les initiales de l'infirmière qui a initié celle-ci. Aucune des contre-indications énoncées dans l'ordonnance collective n'est présente. L'usager a reçu l'enseignement concernant l'indication de la médication relative à sa condition de santé. La version intégrale de l'ordonnance collective est disponible au secrétariat du CMDP du CISSMO. Une vérification des interactions médicamenteuses est requise.

MÉDICAMENT, DOSE ET POSOLOGIE	
Initiales INF	Savon antiseptique de gluconate de chlorhexidine 4 %, appliquez 30 mL à 60 mL DIE pendant 5 jours lors du bain ou de la douche 2 bouteilles de 115 mL, répéter x 1 bouteille PRN
Initiales INF	Onguent mupirocine 2 % BID pendant 5 jours dans les deux narines

Commentaires :

Ce traitement doit être appliqué tous les jours pendant 5 jours. La dernière application devrait être la veille ou le matin de la chirurgie. Au pharmacien, S.V.P., remettre à l'usager le feuillet d'information, ci-joint à la télécopie, « Préparation pour la décolonisation avant votre chirurgie orthopédique ».

FORMULAIRE TRANSMIS À LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE : Date : _____ aaaa-mm-jj Heure : _____ hh:mm

Succursale : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

FORMULAIRE DONNÉ À L'USAGER (copie au dossier) : Date : _____ aaaa-mm-jj Heure : _____ hh:mm

Signature de l'infirmière _____ Numéro de permis _____ aaaa-mm-jj
Date

Nom et prénom de l'infirmière (en lettres moulées) _____ Initiales _____ Téléphone _____

Nom du médecin répondant (en lettres moulées)¹ _____ Numéro de permis _____ Téléphone _____

¹Se référer à l'ordonnance collective pour inscrire le nom et le numéro de permis du médecin répondant.

NOTE : Après la transmission par télécopie à la pharmacie communautaire, déposez ce formulaire au dossier.