

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

FORMULAIRE DE LIAISON À L'INTENTION DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE – OC-6060

En lien avec l'ordonnance collective : **OC-6060 Initier une prophylaxie antibiotique suite à un contact étroit avec un cas d'infection invasive grave à un streptocoque du groupe A**

Service de santé, sécurité et mieux-être au travail (SSMET) : ☐ Centre ambulatoire et CLSC Vaudreuil 450-455-6171, poste 72237

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Nous confirmons que cet usager a été évalué, qu'il ne présente aucune contre-indication et qu'il est admissible à recevoir le médicament identifié par les initiales de l'infirmière.

AUCUNE ALLERGIE

_____ Initiales INF Céphalexine 500 mg PO 2 fois par jour pendant 10 jours

OU

_____ Initiales INF Céfadroxil 1 g PO 1 fois par jour pendant 10 jours

ALLERGIE ET/OU INTOLÉRANCE AUX PÉNICILLINES OU AUX CÉPHALOSPORINES ET QUE LA SOUCHE DE STREPTOCOQUE A DU CAS INDEX EST SENSIBLE À L'ÉRYTHROMYCINE

_____ Initiales INF Clarithromycine 250 mg PO 2 fois par jour pendant 10 jours

ALLERGIE OU INTOLÉRANCE AUX PÉNICILLINES, AUX CÉPHALOSPORINES ET AUX MACROLIDES ET QUE LA SOUCHE DE STREPTOCOQUE A DU CAS INDEX EST SENSIBLE À LA CLINDAMYCINE

_____ Initiales INF Clindamycine 150 mg PO 4 fois par jour pendant 10 jours

CETTE ORDONNANCE EST VALIDE POUR 7 JOURS

Nom et prénom de l'infirmier(ière) : _____ No permis de l'OIIQ : _____

Signature : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj