

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

FORMULAIRE DE LIAISON

AVEC LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

En référence à : OC-6130 Initier une mesure diagnostique et thérapeutique chez un usager qui présente des signes et symptômes d'une pharyngite-amygdalite

Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergies : _____

IPS/Médecin prescripteur: _____ No permis: _____

ÉVALUATION PAR L'INFIRMIÈRE

- ☐ J'ai procédé à l'évaluation de l'usager
- ☐ Résultat **POSITIF** au streptocoque du groupe A au test de détection antigénique rapide – **Antibiotique à débiter**
- ☐ Résultat **POSITIF** au streptocoque du groupe A à la culture de gorge – **Antibiotique à débiter**

Pour toute question, veuillez contacter l'infirmière au : _____

SI AUCUNE ALLERGIE À LA PÉNICILLINE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE À AMORCER – À COMPLÉTER PAR L'INFIRMIÈRE

Traitement adulte

_____ Pénicilline V 600 mg PO BID x 10 jours

Initiales _____

_____ Amoxicilline ☐ 500 mg PO BID ☐ 1000 mg PO DIE x 10 jours

Initiales _____

Traitement enfant âgé de 3 ans et plus

_____ Amoxicilline 50 mg/kg/jour PO ÷ BID (ou DIE) (maximum 500 mg BID ou 1000 mg DIE) x 10 jours

Initiales _____

_____ Pénicilline V ☐ 27 kg ou moins : 300 mg PO BID x 10 jours ☐ Plus de 27 kg : 600 mg PO BID x 10 jours

Initiales _____

SI ALLERGIE À LA PÉNICILLINE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE À AMORCER – À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN

Traitement adulte

Si allergie à la pénicilline AUTRE que type 1

_____ Céfadroxil 1000 mg PO DIE x 10 jours

Initiales _____

_____ Céphalexine 500 mg PO BID x 10 jours

Initiales _____

Si allergie à la pénicilline de type 1

_____ Clarithromycine 250 mg PO BID x 10 jours

Initiales _____

_____ Azithromycine 500 mg PO DIE le jour 1, puis
250 mg PO DIE x 4 jours

Initiales _____

_____ Clindamycine 300 mg PO TID x 10 jours

Initiales _____

Traitement enfant âgé de 3 ans et plus

Si allergie à la pénicilline AUTRE que type 1

_____ Céphalexine 50 mg/kg/jour PO ÷ BID x 10 jours
(maximum 500 mg BID)

Initiales _____

Si allergie à la pénicilline de type 1

_____ Clarithromycine 15 mg/kg/jour PO ÷ BID x 10 jours
(maximum 250 mg BID)

Initiales _____

_____ Azithromycine 12 mg/kg PO DIE x 5 jours
(maximum 500 mg DIE)

Initiales _____

Si nécessaire, le pharmacien pourra ajuster la dose selon la fonction rénale de l'usager

Nom du pharmacien : _____ Télécopieur : _____

Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)