

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-6128 Initier des mesures diagnostiques en présence de symptômes et signes suggestifs d'une infection urinaire (cystite et pyélonéphrite) et initier un traitement pharmacologique per os première intention pour la cystite chez une FEMME âgée de 14 ans et plus

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Allergies : \_\_\_\_\_ Clairance créatinine : \_\_\_\_\_ mL/min

IPS/médecin répondant : \_\_\_\_\_ No permis : \_\_\_\_\_

### ÉVALUATION INFIRMIÈRE

☐ J'ai procédé à l'évaluation de l'utilisateur; Une analyse par bandelette urinaire ET une analyse et culture d'urine ont été faites.

Pour toute question, veuillez contacter l'infirmière au : \_\_\_\_\_

### TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE

#### Traitement de 1<sup>ère</sup> intention

|                                                                                               | Non compliquée                   | Compiquée ou à risque de le devenir       |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| _____ Nitrofurantoïne monohydrate-macrocristaux capsule 12 h 100 mg PO BID<br>Initiales _____ | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours          | <input type="checkbox"/> 10 jours |
| _____ Nitrofurantoïne macrocristaux seuls 50 mg PO QID<br>Initiales _____                     | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours          | <input type="checkbox"/> 10 jours |
| _____ Triméthoprim-sulfaméthoxazole 160-800 mg PO BID<br>Initiales _____                      | <input type="checkbox"/> 3 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours          | <input type="checkbox"/> 10 jours |
| _____ Fosfomycine 3 g PO<br>Initiales _____                                                   | <input type="checkbox"/> 1 dose  | <input type="checkbox"/> q 48 h x 3 doses |                                   |

#### Traitement alternatif si contre-indication à tous les antibiotiques de 1<sup>ère</sup> intention

|                                                                     |                                  |                                  |                                   |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| _____ Amoxicilline-clavulanate 875-125 mg PO BID<br>Initiales _____ | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours | <input type="checkbox"/> 10 jours |
| _____ Céfadroxil 500 mg PO BID<br>Initiales _____                   | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours | <input type="checkbox"/> 10 jours |
| _____ Céfixime 400 mg PO DIE<br>Initiales _____                     | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours | <input type="checkbox"/> 10 jours |

#### Traitement de 2<sup>e</sup> intention en cas d'échec du traitement ou si contre-indication à tous les antibiotiques de 1<sup>ère</sup> intention

|                                                         |                                  |                                  |                                  |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| _____ Ciprofloxacin 250 mg PO BID<br>Initiales _____    | <input type="checkbox"/> 3 jours | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours |
| _____ Ciprofloxacin XL 500 mg PO DIE<br>Initiales _____ | <input type="checkbox"/> 3 jours | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours |
| _____ Lévofoxacin 250 mg PO DIE<br>Initiales _____      | <input type="checkbox"/> 3 jours | <input type="checkbox"/> 5 jours | <input type="checkbox"/> 7 jours |

**Si nécessaire, le pharmacien pourra ajuster la posologie selon la fonction rénale de l'utilisateur**

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 : \_\_\_\_\_ (initiales)