

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'usager; 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^{ère} intention

	Non compliquée	Compliquée ou à risque de le devenir	
_____ Nitrofurantoïne monohydrate-macrocristaux capsule 12 h 100 mg PO BID Initiales	☐ 5 jours	☐ 7 jours	☐ 10 jours
_____ Nitrofurantoïne macrocristaux seuls 50 mg PO QID Initiales	☐ 5 jours	☐ 7 jours	☐ 10 jours
_____ Triméthoprim-sulfaméthoxazole 160-800 mg PO BID Initiales	☐ 3 jours	☐ 7 jours	☐ 10 jours
_____ Fosfomycine 3 g PO Initiales	☐ 1 dose	☐ q 48 h x 3 doses	

Traitement alternatif si contre-indication à tous les antibiotiques de 1^{ère} intention

_____ Amoxicilline-clavulanate 875-125 mg PO BID Initiales	☐ 5 jours	☐ 7 jours	☐ 10 jours
_____ Céfadroxil 500 mg PO BID Initiales	☐ 5 jours	☐ 7 jours	☐ 10 jours
_____ Céfexime 400 mg PO DIE Initiales	☐ 5 jours	☐ 7 jours	☐ 10 jours

Traitement de 2^e intention en cas d'échec du traitement ou si contre-indication à tous les antibiotiques de 1^{ère} intention

_____ Ciprofloxacine 250 mg PO BID Initiales	☐ 3 jours	☐ 5 jours	☐ 7 jours
_____ Ciprofloxacine XL 500 mg PO DIE Initiales	☐ 3 jours	☐ 5 jours	☐ 7 jours
_____ Lévofloxacine 250 mg PO DIE Initiales	☐ 3 jours	☐ 5 jours	☐ 7 jours

Si nécessaire, le pharmacien pourra ajuster la posologie 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 : _____ (initiales)