

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

**FORMULAIRE DE LIAISON
PHARMACIE COMMUNAUTAIRE
CLOSTRIDIODES DIFFICILE**

En référence à : OC-6123 Initier un traitement chez un usager symptomatique présentant un test diagnostique positif à Clostridioides difficile.

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

☐ Je me suis référé(e) à la version intégrale de l'ordonnance collective et l'usager ne présente aucune contre-indication.

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

ÉPISODE INITIAL

INFECTION LÉGÈRE À MODÉRÉE OU SÉVÈRE

Traitement recommandé :

_____ Vancomycine 125 mg PO QID x 10 jours, non renouvelable

Initiales **OU**

_____ Fidaxomicine 200 mg PO BID x 10 jours (Médicament d'exception à la RAMQ code AI 582), non renouvelable

Initiales

RÉCIDIVES

PREMIÈRE RÉCIDIVE

Traitement recommandé :

Si traitement initial vancomycine

_____ Fidaxomicine 200 mg PO BID x 10 jours (Médicament d'exception à la RAMQ code AI 582), non renouvelable

Initiales

Si traitement initial fidaxomicine

_____ Vancomycine 125 mg PO QID x 10 jours, non renouvelable

Initiales

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 _____ (initiales)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (initiales)