

CLINIQUE EXTERNE EFJ

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie(s) : _____

Dossier : _____

Nom, prénom _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ ☐ F ☐ M
année mois jour

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

MÉDICAMENTS DE SUPPORT

Initiales md	Acétaminophène 500 mg, 2 co PO aux 4 à 6 heures si fièvre ou douleur	# _____ co NR
Initiales md	Ibuprofène 600 mg, 1 co PO aux 6 à 8 heures si fièvre ou douleur	# _____ co NR
Initiales md	Naproxène 500 mg co, 1 co PO aux 12 heures si fièvre ou douleur	# _____ co NR
Initiales md	DimenhyDRINATE 50 mg, 1 co PO aux 4 à 6 heures si nausées	# _____ co NR
Initiales md	DimenhyDRINATE 50 mg, 1 supp IR aux 4 à 6 heures si nausées	# _____ supp NR
Initiales md	Ondansétron 8 mg, 1 co PO aux 8 heures pour nausées et vomissements Médicament non couvert par la RAMQ	# _____ co NR
Initiales md	Morphine 5 mg à 7,5 mg PO aux 4 heures si besoin si douleur non soulagée par autres médicaments.	# _____ co NR

NR=Non renouvelable

AUTRES :

RENDEZ-VOUS DE SUIVI LE: _____

Date et heure (AAAA-MM-JJ)

Signature du médecin

permis

☐ FAX envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf)