

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

**CHIRURGIE MINEURE POST OPERATOIRE
CDJ ET CLINIQUES SPECIALISEES
PHARMACIE COMMUNAUTAIRE**

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

MÉDICAMENTS

_____ Acétaminophène 325 mg 2 comprimés PO ☐ QID ☐ PRN pour _____ jours Qté : _____ Non renouvelable
Initiales

_____ Acétaminophène 500 mg 2 comprimés PO ☐ QID ☐ PRN pour _____ jours Qté : _____ Non renouvelable
Initiales

_____ Célécoxib 100 mg 1 capsule PO ☐ BID ☐ PRN pour _____ jours Qté : _____ Non renouvelable
Initiales

_____ HYDROMorphone 1 mg 1 comprimé PO QID PRN pour _____ jours Qté : _____ Non renouvelable
Initiales

_____ Vitamine C 500 mg 1 comprimé PO DIE pour _____ jours Qté : _____ Non renouvelable
Initiales (Non couvert par la RAMQ)

_____ Céfadroxil 500 mg 1 capsule PO BID pour _____ jours Qté : _____ Non renouvelable
Initiales

Autre : _____

PRODUITS POUR PANSEMENTS

_____ NaCl 0,9%, bouteille de 250 mL Qté : _____
Initiales (Non couvert par la RAMQ)

_____ Providine iodée 10%, bouteille de 250 mL Qté : _____
Initiales (Non couvert par la RAMQ)

_____ Chlorhexidine aqueuse 0,05%, bouteille de 250 mL Qté : _____
Initiales (Non couvert par la RAMQ)

PANSEMENTS

_____ Bactigras ☐ 5 x 5 cm ☐ 10 x 10 cm Qté : _____
Initiales (Non couvert par la RAMQ)

_____ Adaptic ☐ 5 x 5 cm ☐ 7,6 x 7,6 cm ☐ 10 x 10 cm Qté : _____
Initiales (Non couvert par la RAMQ)

_____ Aquacel AG Extra ☐ 10 x 10 cm ☐ 15 x 15 cm Qté : _____
Initiales code RAMQ DE 58

_____ Polymyxine+bacitracine (Polysporin^{MC}) pom. top. 30 g Qté : _____
Initiales

_____ Zinc oxyde 25% (Pâte d'Ihle^{MC}) cr. top. 50 g Qté : _____
Initiales (Non couvert par la RAMQ)

_____ Sulfadiazine d'argent (Flamazine^{MC}) cr. top. ☐ 20 g ☐ 50 g ☐ 500 g Qté : _____
Initiales

_____ Mepore pro ☐ 6 x 7 cm ☐ 9 x 10 cm ☐ 9 x 15 cm ☐ 9 x 20 cm Qté : _____
Initiales (Non couvert par la RAMQ)

_____ Mepilex Border ☐ 7,5 x 7,5 cm ☐ 10 x 10 cm ☐ 12,5 x 12,5 cm ☐ 15 x 15 cm Qté : _____
Initiales Code RAMQ DE 101

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi :

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)