

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

MATERIEL DE NUTRITION ENTERALE A DOMICILE PAR NUTRITIONNISTE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

☐ Assurance privée : _____		☐ RAMQ ☐ SAAQ ☐ CNESST		Autre : _____	
Nom de l'assureur / # de police / contrat				Préciser	
INFORMATION SUR LA NUTRITION ENTÉRALE DE L'USAGER					
Formule nutritive utilisée : _____					
Voie d'alimentation : _____		Mode d'administration : _____		Accès entéral : _____	
Préciser : _____					
ORDONNANCE POUR MATÉRIEL				Qté	Rép
☐ Matériel pour pompe : _____				_____	_____
☐ Matériel pour gravité : _____				_____	_____
☐ Système d'alimentation pour bouton de gastrostomie : _____ Fr ; _____ cm				_____	_____
☐ Rallonge de bouton pour système d'alimentation : _____ Grandeur : _____				_____	_____
Mode d'administration : _____ Précision : _____				_____	_____
☐ Système d'alimentation par tube nasogastrique : _____ Fr ; _____ cm				_____	_____
Précision : _____				_____	_____
Autre : _____				_____	_____
SERINGUES					
☐ Seringue administration médicaments : _____				_____	_____
☐ Seringue irrigation / alimentation : _____				_____	_____
☐ Adaptateurs standard pour seringue Luer-Lock #Z8888275008				_____	_____
Autre : _____				_____	_____
CONNECTEURS					
☐ Connecteur de transition EnFit Z765000				_____	_____
☐ Connecteur (adaptateur) en Y pour PEG				Format : _____	_____
AUTRES FOURNITURES					
☐ Tige de soluté				_____	_____
☐ Fixateur de drain Hollister				Type : _____	_____
Autre : _____				_____	_____
Nom du pharmacien : _____				Télécopieur : _____	
Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé.					
Nom, Prénom		Titre professionnel		# Prescripteur	
Adresse complète		Téléphone			