

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

**POMMADE MEDICAMENTEE POUR MAMELONS
(DR NEWMAN)**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Préparation magistrale pour allaitement (Non couvert par la RAMQ)

Initiales

Mupirocine pom top 2% (15 g)

Valérate de bétaméthasone pom top 0,1% (15 g)

Miconazole poudre (0,62 g)

Quantité totale : 30 g

Application sur les mamelons après chaque tétée

Qté : _____ Ren : _____

☐ Servir

☐ Ne pas servir

À initier après échec des crèmes de type lanoline.

Il est fortement recommandé de consulter un professionnel en allaitement avant l'initiation de la pommade.

N.B. Un délai de préparation peut être nécessaire

Mettre une copie au dossier _____

Initiales

Nom complet du prescripteur en lettre moulées

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)