

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

FORMULAIRE DE LIAISON ORDONNANCES COLLECTIVES - CHSLD

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Médecin répondant (médecin traitant ou médecin de garde) : _____

- ☐ J'ai procédé à l'évaluation de l'usager identifié ci-dessus. Cet usager est admissible à recevoir le(s) médicament(s) identifié(s) par les initiales de l'infirmière. Aucune ordonnance individuelle du même médicament générique n'est présente au dossier.
- ☐ Je me suis référé(e) à la version intégrale de l'ordonnance collective disponible sur l'Intranet du CISSMO.
- ☐ L'usager ne présente aucune contre-indication énoncée dans l'ordonnance collective.

OC-6108 Traiter des lésions fongiques buccales en CHSLD

Nystatine 100 000 unités/mL suspension orale

Initiales _____ Badigeonner ou rincer avec 5 mL (500 000 unités) QID (après les repas et HS) x 7 à 14 jours
→ 1 badigeonnage ou 1 rinçage de la bouche pendant un minimum de 2 minutes puis avaler

En présence d'une prothèse dentaire, nettoyer et désinfecter avec

Initiales _____ Solution Dakin modifiée 0,5% **OU** solution de chlorhexidine 0,12%, 1 fois par jour pour 10 jours
→ Solution de Dakin modifiée (préparation par personnel infirmier) : javel diluée 1:16 (15 mL/250 mL d'eau)

*** Aviser médecin si plus de deux traitements en 6 mois

Validité : Cette ordonnance est valide pour 14 jours **Date dernière initiation** : _____

OC-6109 Traiter des lésions cutanées de type fongique en CHSLD

Initiales _____ Clotrimazole 1% crème topique sur la région infectée (préciser) _____ BID x 14 jours même si disparition des lésions

Validité : Cette ordonnance est valide pour 14 jours **Date dernière initiation** : _____

OC-6110 Traiter une dermatite mineure locale en CHSLD

Initiales _____ Hydrocortisone 1% crème topique sur la région affectée (préciser) _____ TID ad disparition des lésions (max 7 jrs)

Validité : Cette ordonnance est valide pour 7 jours **Date dernière initiation** : _____

OC-6115 Soulager une douleur musculo-squelettique par l'application d'une gel de menthol en CHSLD

Initiales _____ Gel topique de menthol 2% (Deep cold^{MC}) sur la région douloureuse (préciser) _____ TID ad disparition des douleurs

Validité : Cette ordonnance est valide pour 7 jours **Date dernière initiation** : _____

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**FORMULAIRE DE LIAISON
ORDONNANCE COLLECTIVE - CHSLD
(SUITE)**

Dossier :	_____
Nom, Prénom :	_____
Date de naissance :	_____ ☐ F ☐ M AAAA-MM-JJ
NAM :	_____ Exp. _____ AAAA-MM
Nom, Prénom de la mère :	_____

OC-6116 Soulager les symptômes associés aux hémorroïdes en CHSLD

Hémorroïdes externes

_____ Hydrocortisone/sulfate de zinc 0,5% - 0,5% (Anusol-HC^{MC}) pommade rectale.
Initiales 1 application sur les hémorroïdes internes ou externes BID ou TID, et après chaque selle (max 5 applications/24 h)

Hémorroïdes internes

_____ Hydrocortisone/sulfate de zinc 0,5% - 0,5% (Anusol-HC^{MC}) pommade rectale.
Initiales 1 application interne à l'aide de la canule BID ou TID, et après chaque selle (max 5 applications/24 h)
OU
_____ Hydrocortisone/sulfate de zinc 10 mg – 10 mg (Anusol-HC^{MC}) 1 suppositoire IR BID, et après chaque selle.
Initiales

Validité : Cette ordonnance est valide pour 7 jours **Date dernière initiation :** _____

OC-6117 Soulager la sécheresse ou la congestion nasale en CHSLD

_____ Solution de chlorure de sodium physiologique à 0,9% (Salinex^{MC}) administrer dans 1 ou 2 narines, 3 à 4 gouttes
Initiales (ou 1 à 2 vaporisations), TID ou QID au besoin.

Validité : Cette ordonnance est valide pour 7 jours **Date dernière initiation :** _____

OC-6120 Soulager les symptômes de sécheresse ou d'irritation oculaire en CHSLD

_____ Lubrifiant ophtalmique en goutte, administrer 1 à 2 gouttes dans le cul-de-sac conjonctival inférieur de l'œil ou des
Initiales yeux affecté(s), QID au besoin.

Validité : Cette ordonnance est valide pour 15 jours **Date dernière initiation :** _____

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)