

Installation : _____

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

ADENO-AMYGDALECTOMIES ET TUBES ORDONNANCE EXTERNE ORL

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

- ☐ AMYGDALECTOMIE
☐ PALATOPLASTIE
☐ ADÉNOÏDECTOMIE

Pharmacie communautaire

Quantité : QTÉ Renouvelable : REN Non renouvelable : NR

_____	Acétaminophène 15 mg/kg/dose soit _____ mg q 4 h régulier pour 24 h puis q 4 h PRN pour _____ h ou _____ doses Max 4 g par jour pour les 14 ans et plus et de 5 doses par jour pour les moins de 14 ans Servir en solution orale ou en suppositoire	Qté : _____ NR
Initiales		
_____	Morphine suspension 0,1 à 0,3 mg/kg/dose soit _____ mg q 4 h si douleur non soulagée par l'acétaminophène pour _____ h Servir _____ mL de la solution orale à 1 mg/mL ou _____ doses	Qté : _____ NR
Initiales		
_____	Ibuprofène 10 mg/kg/dose soit _____ mg q 6 h si douleur non soulagée par l'acétaminophène et la morphine pour _____ h ou pour _____ doses Max 600 mg/dose chez les moins de 14 ans. Dose max de 1200 mg/jour pour tous afin d'éviter le risque de saignement Servir en solution orale	Qté : _____ NR
Initiales		
_____	Dimenhydrinate 1 mg/kg (max 50 mg/dose) q 6 h si nausées secondaires à l'administration de la morphine pour _____ h ou pour _____ doses. Max 4 doses par jour. Servir en solution orale ou en suppositoire	Qté : _____ NR
Initiales		

POST MYRINGOTOMIE ET TUBES

Le jour de la chirurgie, débuter le traitement dans l'oreille : ☐ Oreille gauche ☐ Oreille droite

_____	Ciprofloxacine 0,3% + dexaméthasone 0,1% goutte otique 4 gouttes BID x 7 jours dans l'oreille qui coule si otorrhée	Qté : 1 bouteille Ren : _____
Initiales		
_____	Ciprofloxacine 0,3% goutte oto/ophtalmique 2 gouttes BID x 7 jours dans l'oreille qui coule si otorrhée	Qté : 1 bouteille Ren : _____
Initiales		
_____	Dexaméthasone 0,1% goutte oto/ophtalmique 3 gouttes BID x 7 jours dans l'oreille qui coule si otorrhée	Qté : 1 bouteille Ren : _____
Initiales		

Nom du pharmacien : _____ Télécopieur : _____

Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé.

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)