

# Note de service

<b>Destinataires :</b>	Personnel infirmier Personnel de la pharmacie Coordonnateurs d'activités	} IUSMM
<b>Expéditeur :</b>	Malika Doubi Adjointe au chef du département de pharmacie Installations IUSMM et Jeanne-LeBer	
<b>Date :</b>	25 novembre 2024	
<b>Objet :</b>	<b>Formulaire clozapine pharmacie de nuit</b>	

---

Une mise à jour a été effectuée sur le formulaire-clozapine, qui est à remplir lorsque la clozapine doit être servie en-dehors des heures d'ouverture de la pharmacie. Vous devez maintenant utiliser ce document qui remplace l'ancienne version.

Nous y avons ajouté des informations pertinentes, notamment les valeurs référentes des codes vert, jaune et rouge, ainsi que la source d'information de la confirmation de la prise.

Vous trouverez le formulaire en annexe ci-joint. Il est également disponible dans Intranet, dans la section Soins et Services/Direction des services professionnels/Pharmacie/ Documentation/Réquisitions et formulaires/IUSMM

Merci d'avance de votre attention.



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal



No dossier :

Date de naissance :

Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM :

Expiration :

## Clozapine pharmacie de nuit

### PRESCRIPTION MÉDICALE

Libellé de la prescription :

Médecin :

### Formule sanguine complète (FSC)

Date du dernier prélèvement sanguin :

Neutrophiles absolues (N :  $2.0 - 7.0 \times 10^9/L$ ) :

Code

\*sauf si critères spéciaux

Vert (Neutrophiles absolus  
supérieur ou égal à  $2,0 \times 10^9/L$ )

Jaune (Neutrophiles absolus  
inférieur à  $2,0 \times 10^9/L$  et supérieur ou  
égal à  $1,5 \times 10^9/L$ )

Rouge (Neutrophiles absolus  
inférieur à  $0,5 \times 10^9/L$ )

### Confirmation de la prise

Date et heure de la dernière prise par le patient :

Source de  
l'information

Patient

Employé ressource  
(Nom \_\_\_\_\_)

Membre famille  
(Nom \_\_\_\_\_)

Autre  
\_\_\_\_\_

### Autorisation de la pharmacie de nuit

Clozapine peut être administrée

Oui, posologie :

Non

### Identification des professionnels

Infirmier/Infirmière :

Pharmacien(ne) de garde :

Date :