



N° Dossier: \_\_\_\_\_ Date naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom: \_\_\_\_\_  
 Nom de la Mère: **Formulaire de prescription à utiliser**  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_  
 NAM: \_\_\_\_\_ Expiration: \_\_\_\_\_



EST10001

**ORDONNANCE(S) INFIRMIÈRE(S)**

Poids : 118 lbs Taille : 5'8 Allergie(s) : Pen, Iode Intolérance(s) : Aucune

MÉDICAMENT OU PANSEMENT OU DISPOSITIF, POSOLOGIE (incluant forme, concentration, dosage), VOIE D'ADMINISTRATION, INTENTION THÉRAPEUTIQUE	Quantité prescrite ou durée du traitement	Période de validité de l'ordonnance
Plaie sacrum		
<b>Toujours indiquer la grandeur du pansement désiré, cela aidera le pharmacien</b>		
Aquacel ag+ Extra (10 cm x 10 cm )DE58	1 mois	2 mois
Mepilex border (10 cm x 10 cm) DE101		
q. 3 jours + prn si souillé > 75%		
<b>Toujours indiquer le nom du produit</b>		
<b>Toujours indiquer le code de médicament d'exception, selon la classe du produit, la situation (DE58 vs DE319 vs DE339) et la disponibilité (certains produits ne sont pas remboursés).</b>		
<b>Toujours indiquer la fréquence des changements</b>		

**COMPLÉMENT(S) D'INFORMATION**

**INFIRMIER(IÈRE) PRESCRIPTEUR(TRICE)**

Nom : Valérie Gazemar

Signature : *V. Gazemar*

N° permis (OIQ) 611271

Code d'attestation : Rien inscrire

Numéro de prescripteur : 806696

**Coordonnés :**

Adresse : CLSC Rosemont-2909 Rue Rachel Est

Numéro de téléphone : (514) 252-3400

Numéro de télécopieur : ( ) -

Courriel : \_\_\_\_\_

Date (aa/mm/jj) : 2022-02-08

Mettez un numéro dans le cas où le pharmacien voudrait vous parler.  
Ne mettez pas votre numéro personnel.

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE

NE PAS ÉCRIRE DANS LA MARGE