NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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

☐ HMR ☐ LT
☐ HSCO ☐ PDI
☐ IUSMM ☐ SLSM
☐ CPMCS

OP00077

N° Dossier : Date de naissance : Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM : Expiration :

ORDONNANCE AMBULATOIRE - SUSPICION D'ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT) ACCUEIL CLINIQUE HMR

Poids _____Kg Taille _____cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____

Médicament (teneur/concentration) **et posologie**	**Quantité à servir**	**Renouvellement(s)**
○ Acide acetylsalicylique (Aspirin[MD]) 80 mg / comprimé : 2 co. PO STAT puis		
Acide acetylsalicylique (Aspirin[MD]) 80 mg / comprimé : 1 co. PO DIE		
OU		
○ Clopidogrel (Plavix[MD]) 75 mg / comprimé : 4 co. STAT puis		
Clopidogrel (Plavix[MD]) 75 mg / comprimé : 1 co. PO DIE		
(Code de remboursement RAMQ : CV19)		
OU		
○ Dipyridamole LA - acide acetylsalicylique (Aggrenox[MD])		
200 mg - 25 mg / caps : 1 PO BID		
Autres :		

COMPLÉMENT(S) D'INFORMATION

Signature du médecin/prescripteur	# permis	Date	Heure

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES