

|  |
| --- |
|  |
| Nom de l’établissement ou du milieu clinique où l’infirmière exerce : Cliquez ici pour taper du texte.Adresse : Cliquez ici pour taper du texte.No de téléphone où elle peut être jointe : Cliquez ici pour taper du texte.No de télécopieur : Cliquez ici pour taper du texte.Courriel professionnel : Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| Date: Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nom du patient: | Cliquez ici pour taper du texte. | DDN: | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Sexe: [ ]  F /[ ]  M | RAMQ : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Période de validité de l’ordonnance, s’il y a lieu:  | Cliquez ici pour taper du texte. |  |
| **Rx** |
|  |
| ORDONNANCE - Prescription d’un MÉDICAMENT ou d’un PRODUIT |
| * Nom intégral du médicament;
* La posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration s’il y a lieu, et le dosage;
* La voie d’administration;
* La durée de traitement ou la quantité prescrite;
* La masse corporelle du patient, s’il y a lieu de l’indiquer;
* Le nom du médicament dont le patient doit cesser l’usage, s’il y a lieu
* L’indication du médicament si requis (condition : le patient doit y consentir)
 |

Nom de l’infirmière : Cliquez ici pour taper du texte.

No de permis (OIIQ) : Cliquez ici pour taper du texte.

Code de profession du prescripteur et no de prescripteur (ex : PI1 820001) : Cliquez ici pour taper du texte.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_