

|  |
| --- |
|  |
| 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_