|  |
| --- |
|  |
| Pharmacie Jean Le Bienvenue1234 rue PrincipaleSt-Alphonse de GonzalezTEL : 999- 123-4567 |
| Date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_Nom du patient: |  | DDN: |  |
| Sexe: F / M | RAMQ : |  |
| **Rx** |
|  |
| sI ORDONNNANCE POUR MÉDICAMENT |
| * Nom intégral du médicament (en caractères d’imprimerie lorsqu’il est similaire au nom d’un autre médicament et que cela peut prêter à confusion;
* 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;
* Le nombre de renouvellements autorisés ou la mention qu’aucun renouvellement n’est autorisé;
* 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
* Le motif de l’ordonnance :
	+ prescrire pour condition mineure /prescrire – diagnostic non requis;
	+ prolonger;
	+ ajuster (modifier posologie/ forme/ quantité/ dose);
	+ substituer;
* En cas de prolongation ou d’ajustement d’une ordonnance, l’interdiction de procéder à une substitution si elle apparaissait à l’ordonnance originale.
 |
| sI ORDONNANCE D’ANALYSE DE LABORATOIRE |
| * Nature de l’analyse demandée;
* Renseignements cliniques nécessaires à sa réalisation (s’il y a lieu).
 |
|  |

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de membre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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