|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| Pharmacie Jean Le Bienvenue  1234 rue Principale  St-Alphonse de Gonzalez  TEL : 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_