|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de l’ordonnance collective (s’il y a lieu) :Établissement : | **Identification du patient**Nom :Prénom :Date de naissance :Numéro d’assurance maladie : |

**IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)**

NOM :

TÉLÉPHONE : TÉLÉCOPIEUR :

Ce formulaire représente le formulaire original. La pharmacie ou le pharmacien identifié est le seul destinataire. L’original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

**Médicaments et posologie**

[ ]  **Rince-bouche oncologique de 1ère intension**

|  |  |
| --- | --- |
| Diphénhydramine Hydrocortisone Magnésium / aluminium (hydroxyde d’) Nystatine Eau stérile | 250 ml élixir (12,5 mg/5ml) **ou** capsules (12,5 x 50 mg) 100 mg poudre **ou** comprimés (10 x 10 mg **ou** 5 x 20 mg) 165 ml suspension orale (200-200 mg/5 ml) 62 ml suspension orale (100 000 U/ml) Jusqu’à 500 ml |
| Posologie : 15 à 30 ml QID, jusqu’à résolution des symptômesStabilité : 14 jours au réfrigérateur |

[ ]  **Rince-bouche oncologique avec lidocaïne**

|  |  |
| --- | --- |
| Diphénhydramine Lidocaïne visqueuseMagnésium / aluminium (hydroxyde d’)Eau stérile | 200 ml élixir (12,5 mg/5ml) **ou** capsules (10 x 50 mg) 200 ml gel topique oral 2 %200 ml suspension orale (200-200 mg/5 ml) Jusqu’à 600 ml, si requis |
| Posologie : 15 à 30 ml QID, jusqu’à résolution des symptômesStabilité : 14 jours au réfrigérateur |

\*Pour plus d’information consulter le protocole médical national #888029 disponible sur le [site web](https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees.html) de l’INESSS.

**Identification du professionnel HABILITÉ VISÉ PAR cette ORDONNANCE**

Nom, prénom :

Numéro de permis d’exercice :

Numéro de téléphone :

Signature : Date :

**Identification du prescripteur autorisé**

Nom, prénom :

Numéro de permis d’exercice :

Numéro de téléphone :

**transmission par télécopieur au pharmacien communautaire**

(à compléter uniquement si la personne qui fait l’envoi est différente du professionnel habileté visé par l’ordonnance)

Nom de la personne qui fait l’envoi :

Date et heure de l’envoi :