

Transmission confidentielle par télécopieur

Médecin : Adresse :	Téléphone : Paget : Télécopieur :
--------------------------------------	--

Nom du pharmacien : N° de télécopieur :	Date : Heure :
--	---------------------------------

Nom du patient : Date de naissance :	Dossier : Téléphone :
---	--

<input type="checkbox"/> Morphine 10mg/ml	<input type="checkbox"/> Morphine HP 50mg/ml	
<input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) q 4 hres régulier	<input type="checkbox"/> s/c	<input type="checkbox"/> bucco-gingival
<input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) q 1 hre prn	<input type="checkbox"/> s/c	<input type="checkbox"/> bucco-gingival
si douleur, dyspnée, toux ou fréquence resp. >28/min		
# _____ ampoules de 1 ml, servir _____ ampoules/fois, NR		
# _____ seringues de _____ mg (servir _____ seringues/fois) et _____ seringues de _____ mg (servir _____ seringues/fois) préparées sous hotte stérile, NR (stable 9 jrs, 4°C)		
<input type="checkbox"/> Hydromorphone (Dilaudid®) 2mg/ml	<input type="checkbox"/> Dilaudid HP 10mg/ml	
<input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) q 4 hres régulier	<input type="checkbox"/> s/c	<input type="checkbox"/> bucco-gingival
<input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) q 1 hre prn	<input type="checkbox"/> s/c	<input type="checkbox"/> bucco-gingival
si douleur, dyspnée, toux ou fréquence resp. >28/min		
# _____ ampoules de 1 ml, servir _____ ampoules/fois, NR		
# _____ seringues de _____ mg (servir _____ seringues/fois) et _____ seringues de _____ mg (servir _____ seringues/fois) préparées sous hotte stérile, NR (stable 9 jrs, 4°C)		

<input type="checkbox"/> Midazolam (Versed®) 5mg/ml		
<input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) q _____ hres régulier	<input type="checkbox"/> s/c	<input type="checkbox"/> bucco-gingival
<input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) q _____ hres prn	<input type="checkbox"/> s/c	<input type="checkbox"/> bucco-gingival
si anxiété, insomnie, agitation.		
# _____ ampoules de 1 ml, R=_____		
# _____ seringues de _____ mg préparées sous hotte stérile, R=_____ (stable 9 jrs, 25°C)		

POUR SERINGUES PRÉPARÉES SOUS HOTTE, SERVIR AVEC : AIGUILLLES BOUCHONS

Je certifie que : <ul style="list-style-type: none">• cette ordonnance est une ordonnance originale,• le pharmacien identifié précité est le seul destinataire,• l'original ne sera pas réutilisé.

Signature : N° de permis d'exercice :
--

CONFIDENTIALITÉ Le présent bordereau de transmission et les documents qui peuvent l'accompagner contiennent des informations de nature privilégiée et confidentielle. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, vous êtes par la présente avisé qu'il est strictement interdit de diffuser ou de reproduire ces documents ou leur contenu. Si vous avez reçu ce message par mégarde, veuillez nous en aviser immédiatement par téléphone et nous le retourner par la poste, à nos frais. Merci de votre collaboration.