

**Transmission confidentielle par télécopieur**

<b>Médecin :</b> <b>Adresse :</b>	<b>Téléphone :</b> <b>Paget :</b> <b>Télécopieur :</b>
--------------------------------------	--

<b>Nom du pharmacien :</b> <b>N° de télécopieur :</b>	<b>Date :</b> <b>Heure :</b>
--	---------------------------------

<b>Nom du patient :</b> <b>Date de naissance :</b>	<b>Dossier :</b> <b>Téléphone :</b>
---	--

<input type="checkbox"/> <b>Halopéridol (Haldol®) 5mg/ml</b> <input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) s/c q _____ hres régulier <input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) s/c q 1 hre prn si nausée, confusion, agitation (max. ___ doses/24hres) # _____ ampoules de 1 ml, R=_____ # _____ seringues de _____ mg préparées sous hotte stérile, R=_____ (stable 7 jrs, 25°C)
<input type="checkbox"/> <b>Méthotriméprazine (Nozinan®) 25mg/ml</b> <input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) s/c q _____ hres régulier <input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) s/c q 2 hres prn si agitation, anxiété, insomnie # _____ ampoules de 1 ml, R=_____ # _____ seringues de _____ mg préparées sous hotte stérile, R=_____ (stable 24 hres, 25°C)
<input type="checkbox"/> <b>Glycopyrrolate (Robinul®) 0.2 mg/ml</b> <input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) s/c q _____ hres régulier <input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) s/c q 2 hres prn si embarras bronchique # _____ fioles/ampoules de 1ml, R=_____ # _____ seringues de _____ mg préparées sous hotte stérile, R=_____ (stable 9jrs, 4°C)
<input type="checkbox"/> <b>Scopolamine®</b> <input type="checkbox"/> <b>0.4mg/ml</b> <input type="checkbox"/> <b>0.6mg/ml</b> <input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) s/c q _____ hres régulier <input type="checkbox"/> _____ mg (_____ ml) s/c q 2hres prn si embarras bronchique # _____ fioles de 1ml, R=_____ # _____ seringues de _____ mg préparées sous hotte stérile, R=_____ (stable 7jrs, 25°C)

**POUR SERINGUES PRÉPARÉES SOUS HOTTE, SERVIR AVEC :     **AIGUILLLES**     **BOUCHONS****

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

<b>Signature :</b> <b>N° de permis d'exercice :</b>
--

**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.