

# ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE MVL FRÉQUENTS - ADULTES

Identification du patient \_\_\_\_\_. DDN : \_\_\_\_\_

Pharmacien : \_\_\_\_\_. # Pratique \_\_\_\_\_. Date : \_\_\_\_\_

## DERMATOLOGIE

<input type="checkbox"/> Crème d'urée, 22%	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 2-4 sems <input type="checkbox"/> _____	_____ gr.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Hydrocortisone 0,5%, Cr <input type="checkbox"/> Hydrocortisone 1%, Cr	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 gr. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

## DOULEUR ET FIÈVRE

<input type="checkbox"/> Acétaminophène 500 mg	<input type="checkbox"/> 2 co Q6H <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ibuprofène 200 mg	<input type="checkbox"/> 2 co Q6H <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Orphenadrine 100 mg	<input type="checkbox"/> 1 co Q12H <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

## INFECTIOLOGIE

<input type="checkbox"/> Bacitin, cr <input type="checkbox"/> Mupirocine, ong	<input type="checkbox"/> 1 app TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 gr. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Clotrimazole 1%, cr <input type="checkbox"/> Nystatin, cr	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 2- 4 sem <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 gr. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Fluconazole, 150 mg	<input type="checkbox"/> 1 cap. stat	<input type="checkbox"/> 1 dose	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR

## ALLERGIES

<input type="checkbox"/> Cromoglycate sodique, sol opht	<input type="checkbox"/> 1 app QID	<input type="checkbox"/> Régulier	_____ ml	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Corticostéroïde intranasal : _____	<input type="checkbox"/> 1 inh DIE <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> 120 doses <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

## PRÉVENTION

<input type="checkbox"/> Épipen adulte (0,3 mg)	Inj IM PRN	<input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> _____doses	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Calcium 500 mg	<input type="checkbox"/> 1 co BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> REG	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

<input type="checkbox"/>	Vitamine D 1000 UI	<input type="checkbox"/> 1 co DIE <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> REG	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Refresh plus Refresh Tears	<input type="checkbox"/> 1 app QID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ ml	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

## TROUBLES DIGESTIFS

<input type="checkbox"/>	Peg 3350 (Code _____)	<input type="checkbox"/> 17g DIE <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> 510 gr. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Sennosides 8,6 mg (Code____) <input type="checkbox"/> Docusate de sodium 100mg	<input type="checkbox"/> 2 co DIE-TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co. Code : _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Colyte (Code _____)	<input type="checkbox"/> Selon protocole <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> 4 Litres	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Bisacodyl, 10 mg (Code _____)	<input type="checkbox"/> Selon protocole <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Lopéramide, 2mg	2 co stat puis 1 après chaque selle	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Électrolytes de remplacement, poudre	Diluer 1 sachet dans __ ml d'eau	<input type="checkbox"/> PRN	_____ sachets	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Dicyclomine, 10 mg	<input type="checkbox"/> 1 co TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Lactase, enzyme 9 000 UI	<input type="checkbox"/> 1 co TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Ranitidine, 150 mg	<input type="checkbox"/> 1 co BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	IPP : _____	<input type="checkbox"/> 1 co DIE AM AC	<input type="checkbox"/> _____	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

## NOTE CLINIQUE

## ANNEXE

Ayant le besoin d'être concise, les médicaments inclus sur la prescription pré-imprimée ont été sélectionnés sur la base de leur popularité et de leur couverture à la RAMQ.

### Autres Rx moins fréquents, mais remboursé par la RAMQ

Histantil 25 mg & 50 mg  
Sulfate ferreux 300mg  
Potassium (euro-K 600 et Euro-K 20)  
Vitamine B12, L.A  
Nitroglycérine, vaporisateur  
Magnésium Rougier  
Glucagon  
Creon  
Lactulose (Code d'exception)  
Fleet, Fleet huileux, Fleet pédiatrique (Code d'exception)  
Isopto Tears (Code exception)  
Tears Naturelle I & II (Code exception)  
Lacrilube (Code exception)  
Psyllium (Code exception)

### Rx fréquents, mais non-couverts RAMQ

Cétirizine  
Diphenhydramine  
Dimenhydrinate  
Voltaren  
Flonase  
Mosaspray  
Transderm  
Naproxen sodique, 220mg  
Autres sels de fer  
Buscopan

NB. Vérifier régulièrement la base de donnée MVL de l'OPQ et pour vous assurer de l'annexe du médicament prescrit. Certaines compagnies ou formats sont de l'annexe 1.

# ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE MVL FRÉQUENTS - ENFANTS

Identification du patient \_\_\_\_\_. DDN : \_\_\_\_\_

Pharmacien : \_\_\_\_\_. # Pratique \_\_\_\_\_. Date : \_\_\_\_\_

## DERMATOLOGIE

<input type="checkbox"/>	Crème d'urée, 22%	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 2-4 sems <input type="checkbox"/> _____	_____ gr.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Hydrocortisone 0,5%, Cr	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 gr. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Hydrocortisone 1%, Cr				

## DOULEUR ET FIÈVRE

<input type="checkbox"/>	Acétaminophène liq.	<input type="checkbox"/> 15 mg/kg/dose QID	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____mL	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Ibuprofène liq	<input type="checkbox"/> 10 mg/kg/dose QID	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____mL	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

## INFECTIOLOGIE

<input type="checkbox"/>	Bacitin, cr	<input type="checkbox"/> 1 app TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 gr. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Mupirocine, ong				
<input type="checkbox"/>	Clotrimazole 1%, cr	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 2- 4 sem <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 gr. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Nystatin, cr				

## ALLERGIES

<input type="checkbox"/>	Diphenhydramine liq	<input type="checkbox"/> 1.25 mg/kg/dose QID	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> _____mL	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Loratadine		<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> _____mL	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Cetirizine	_____			
<input type="checkbox"/>	Desloratadine				

## TROUBLES DIGESTIFS

<input type="checkbox"/>	Peg 3350 (Code _____)	<input type="checkbox"/> 1mg/kg/jr DIE <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> 510 gr. <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Électrolytes de remplacement, poudre	<input type="checkbox"/> Diluer 1 sachet dans ____ ml d'eau	<input type="checkbox"/> PRN	_____ sachets	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Lactulose 667mg/ml	<input type="checkbox"/> 1mL/kg/dose DIE-TID	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____mL	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

<input type="checkbox"/>	Dimenhydrinate - (liq, co ou croq)	<input type="checkbox"/> 1.25 mg/kg/dose QID	<input type="checkbox"/> PRN	_____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
--------------------------	------------------------------------	---	------------------------------	-------	---

## PRÉVENTION

<input type="checkbox"/>	Épipen junior (0,15 mg)	Injection IM STAT	<input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> _____doses	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Épipen adulte (0,3 mg)	PRN			
<input type="checkbox"/>	Ddrops 400 UI	<input type="checkbox"/> 1 gtt DIE <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> REG	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Vitamine D 1000 U (co, croq)	<input type="checkbox"/> 1 co DIE <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> REG	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Refresh plus Refresh Tears	<input type="checkbox"/> 1 app QID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ ml	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

## NOTE CLINIQUE

### ANNEXE

Ayant le besoin d'être concise, les médicaments inclus sur la prescription pré-imprimée ont été sélectionnés sur la base de leur popularité et de leur couverture à la RAMQ.

Rx fréquents, mais non-couverts RAMQ

Cétirizine

Diphenhydramine

Dimenhydrinate

Naproxen sodique, 220mg

NB. Vérifier régulièrement la base de donnée MVL de l'OPQ et pour vous assurer de l'annexe du médicament prescrit. Certaines compagnies ou formats sont de l'annexe 1.