

Imprimé par : **HOPKINS, Devin**

Date d'impression : **2020/09/10 21:42**
**Ordonnance interne - À partir des médicaments actifs ou complétés derniers 30 jours - DSQ**

Statut	Type	Ind.	Médicament (Nom commercial)	Posologie	Ord.	DR	Dernière délivrance	Délai* (jrs)	Qté dél.	Conduite prescrite
			POLYETHYLENE-GLYCOL 3350 100% POUDRE ORALE (RELAXA 100% POUDRE ORALE)	TAKE 17 GRAMS OF POWDER (STIRRED IN 250 ML OF LIQUID)  ONCE DAILY	2020/08/28		2020/08/28	13	510	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
			ACETAMINOPHENE 500MG CAPLET (NOVO GESIC 500MG CAPLET)	TAKE 2 TABLETS BY THE MOUTH 4 TIMES DAILY EVERY 6 HOURS  FOR 3 DAYS THEN IF NEEDED FOR 14 DAYS	2020/08/28		2020/08/28	13	100	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
			NAPROXENE 500MG COMPRIME (NAPROXEN 500MG COMPRIME)	TAKE 1 TABLET BY THE MOUTH  TWICE DAILY WHILE EATING FOR 3 DAYS THEN IF NEEDED	2020/08/28		2020/08/28	13	34	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
			PANTOPRAZOLE 40MG COMP. ENT. (PANTOPRAZOLE 40MG COMP. ENT.)	1 TABLET ONCE DAILY IN THE MORNING	2020/08/28		2020/08/28	13	15	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
			ROSUVASTATINE 20MG COMPRIME (PMS ROSUVASTATIN 20MG COMPRIME)	TAKE 1 TABLET ONCE DAILY AT BEDTIME (CHOLESTEROL)	2019/11/28	2	2020/07/02	70	90	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
			METFORMINE 500MG COMPRIME (PMS METFORMIN 500MG COMPRIME)	TAKE 1 TABLET TWICE DAILY BREAKFAST AND SUPPER	2019/11/28	1	2020/07/02	70	180	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
			CLOPIDOGREL 75MG COMPRIME (APO CLOPIDOGREL 75MG COMPRIME)	TAKE 1 TABLET ONCE DAILY SAME TIME EVERY DAY	2019/09/13	33	2019/11/27	288	90	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
			PANTOPRAZOLE 40MG COMP. ENT. (APO PANTOPRAZOLE 40MG COMP. ENT.)	TAKE 1 TABLET ONCE DAILY 30 MINUTES BEFORE BREAKFAST (STOMACH)	2019/09/03	33	2019/11/27	288	90	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____

\* L'information sur le délai permet d'identifier le laps de temps écoulé depuis la dernière délivrance. Cette information peut notamment permettre de repérer des médicaments qui sont actifs au DSQ mais qui pourraient ne plus être pris par l'utilisateur.

Imprimé par : **HOPKINS, Devin**  
 Date d'impression : **2020/09/10 21:42**

## Ordonnance interne - À partir des médicaments actifs ou complétés derniers 30 jours - DSQ

Statut	Type	Ind.	Médicament (Nom commercial)	Posologie	Ord.	DR	Dernière délivrance	Délai* (jrs)	Qté dél.	Conduite prescrite
			METHOTREXATE 2.5MG COMPRIME (PMS METHOTREXATE 2.5MG COMPRIME)	TAKE 6 TABLETS AFTER THE MEAL 1 TIME A WEEK	2019/06/26	16	2019/08/05	402	24	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
			FOLIQUE-ACIDE 5MG COMPRIME (SANDOZ FOLIC 5MG COMPRIME)	PRENEZ 1 COMPRIME 1 FOIS PAR SEMAINE 24 HOURS AFTER METHOTRXATE	2019/06/26	16	2019/08/05	402	4	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
	En att		RIVAROXABAN 20MG COMPRIME (XARELTO 20MG COMPRIME)	TAKE 1 TABLET ONCE DAILY SAME TIME EVERY DAY WHILE EATING	2020/09/01	13		0		<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
	En att		VANCOMYCINE 250MG CAPSULE (JAMP VANCOMYCIN 250MG CAPSULE)	1 CAPSULE 4 FOIS PAR JOUR APRES REPAS ET AU COUCHER POUR 10 JOURS	2019/12/16	1		0		<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____
CO			OXYCODONE 5MG COMPRIME (SUPEUDOL 5MG COMPRIME)	TAKE 1 TABLET BY THE MOUTH EVERY 4 HOURS IF NEEDED	2020/08/28		2020/08/28	13	10	<input type="checkbox"/> Cesser: _____ <input type="checkbox"/> Modifier: _____ <input type="checkbox"/> Continuer: _____ <input type="checkbox"/> Suspendre: _____

\* L'information sur le délai permet d'identifier le laps de temps écoulé depuis la dernière délivrance. Cette information peut notamment permettre de repérer des médicaments qui sont actifs au DSQ mais qui pourraient ne plus être pris par l'utilisateur.