

## FORMULAIRE DE LIAISON À L'ATTENTION DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

Initiation de la doxycycline en dose unique chez une  
personne asymptomatique à la suite d'une piqûre de tique  
survenue dans un secteur géographique visé par la  
prophylaxie post-exposition (PPE)

FDCU-SPU-011

Numéro de l'ordonnance collective (s'il y a lieu) : OC-SPU-001

Établissement : Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services  
Sociaux de l'Estrie - Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke  
(CIUSSS de l'Estrie-CHUS)

INSTALLATION : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

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

NOM :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR :

Ce formulaire est le document original. La pharmacie (ou le pharmacien) indiquée ci-dessus est la seule destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

### INFORMATION SUR L'INDICATION DE LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PPE)

- Tous les critères décrits dans la situation clinique de l'ordonnance collective sont réunis.
- Il n'y a pas de contre-indications à l'application de l'ordonnance collective.
- Après discussion éclairée, la personne (ou le parent/représentant légal) a fait le choix de prendre la PPE.

### IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT ET POSOLOGIE

Nom du médicament : Doxycycline

Âge	Posologie	
<input type="checkbox"/> < 12 ans	<input type="checkbox"/> poids < 45 kg : 4,4 mg/kg (max. 200 mg) PO en dose unique	Poids réel de l'enfant = .... kg L'enfant peut avaler des comprimés : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> poids ≥ 45 kg : 200 mg PO en dose unique	
<input type="checkbox"/> ≥ 12 ans	200 mg PO en dose unique	

Le médicament devrait être servi le plus tôt possible, et au plus tard le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (AAAA/MM/JJ) à \_\_\_h\_\_\_  
(délai maximal de 72 heures entre le retrait de la tique et la prise de la PPE)

### IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL AUTORISÉ

NOM DU PROFESSIONNEL AUTORISÉ :

NUMÉRO DE PERMIS D'EXERCICE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

SIGNATURE :

DATE :

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

NOM DU PRESCRIPTEUR :

NUMÉRO DE PERMIS D'EXERCICE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

### TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR À LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

(à remplir uniquement si la personne qui fait l'envoi est différente du professionnel autorisé)

NOM DE LA PERSONNE QUI FAIT L'ENVOI :

DATE ET HEURE DE L'ENVOI :