Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

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 (PPE)

DATE (Année / Mois / Jour)

Date de naissance (Année / Mois / Jour)		N° de dossier
N° d'assurance maladie		
Nom à la naissance		Prénom
Adresse		
Ville	Code postal	N° de téléphone
Nom de la mère		Prénom de la mère
Nom du père		Prénom du père

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

- ☐ Tous les critères décrits dans la situation clinique de l'ordonnance collective OC-SPU-001 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 DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)

Nom, prénom _____ Nº de téléphone _____ Nº de télécopieur _____

Ce formulaire représente le formulaire original. La pharmacie ou le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

MÉDICAMENT ET POSOLOGIE

Nom du médicament : Doxycycline

Âge	Posologie	
☐11 ans et moins	☐poids de 44 kg et moins : 4,4 mg/kg (max. 200 mg) PO en dose unique	Poids réel de l'enfant = ___ kg L'enfant peut avaler des comprimés : ☐oui ☐non
	☐poids de 45 kg et plus : 200 mg PO en dose unique	
☐12 ans et plus	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 HABILITÉ VISÉ PAR CETTE ORDONNANCE

Signature du professionnel _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ Nº de permis _____

Numéro de téléphone _____ Titre d'emploi _____

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom, prénom _____ Nº de permis _____ Nº de téléphone _____

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

(À compléter uniquement si la personne qui fait l'envoi est différente du professionnel habileté visé par l'ordonnance)

Nom de la personne qui fait l'envoi _____ Date (année/mois/jour) et heure de l'envoi _____

Adaptation du formulaire de liaison à l'attention du pharmacien communautaire de l'INESSS – Juillet 2019

OPI-SPU-004