



* I C M O 1 1 *

**2.100 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
PRESCRIPTION EXTERNE
ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE À DOMICILE**

 Poids : _____ kg Taille : _____ cm Allergie(s) : _____
 Indication : _____

I. PHARMACIE(S) ET ASSURANCES

 Pharmacie préparatrice : _____ Tél : _____ Fax : _____
 Pharmacie communautaire : _____ Tél : _____ Fax : _____
 Assurances : ☐ RAMQ ☐ Privées ☐ Autres : _____

II. ANTI-BIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE

Antibiotique(s)	Mode d'administration	Heure(s) d'administration	Servir à partir de (date/heure)

Renouveler ad date de fin prévue : _____

III. MAINTIEN DE LA PERMÉABILITÉ DU CATHÉTER INTRAVEINEUX

 Type de cathéter : ☐ CCIVP (PICC Line) à Nombre de voie(s) : _____ ☐ Autre : _____
 Longueur du cathéter : _____

Irrigation du cathéter	Moments d'administration
☐ NaCl 0,9 % (seringue pré-remplie de 10 mL)	☐ Avant et après chaque dose d'antibiotique ☐ Une fois par jour dans la voie non utilisée

Renouveler ad date de retrait prévue : _____

IV. PRISE DE SANG ET ENTRETIEN

- ☐ Prélèvement sanguin 1 fois par semaine le _____ (Se référer à la requête de laboratoires)
☐ Changement du pansement et des rallonges du PICC Line 1 fois par semaine par le CLSC
☐ Changement des batteries de la pompe CADD-Solis 1 fois par semaine par le CLSC
☐ Changement de la cassette et de la tubulure de la pompe CADD-Solis 1 fois par semaine par le CLSC

Préparé par pharmacien : _____ Licence : _____	Date : _____ Heure : _____
--	----------------------------

Signature du prescripteur : _____ Licence : _____	Date : _____ Heure : _____
---	----------------------------



* I C M O 1 1 *

**2.100 – ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
PRESCRIPTION EXTERNE
ANTIBIOTHÉRAPIE INTRAVEINEUSE À DOMICILE****V. CONTINUITÉ DES SOINS**

Date du prochain rendez-vous : _____

CLSC : _____ Tél : _____ Fax : _____

Infirmière de liaison : _____ Tél : _____

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter :

Pharmaciens ICM	Téléphone
Département de pharmacie de l'ICM (8h00 à 16h00) : 514-376-3330, poste 3510	

Préparé par pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____	Heure : _____
--------------------------------	-----------------	--------------	---------------

Signature du prescripteur : _____	Licence : _____	Date : _____	Heure : _____
-----------------------------------	-----------------	--------------	---------------