



Date

A	M	J
---	---	---

- Furosémide _____ mg. po _____ x _____ jours, puis poursuivre Furosémide usuel par la suite
- Furosémide _____ mg, po. **AM** x _____ jours,
_____ mg. po. **PM** x _____ jours, puis poursuivre Furosémide usuel par la suite
- Potassium _____ mEq po _____ x _____ jours, puis poursuivre Potassium usuel par la suite
- Potassium _____ mEq po **AM** x _____,
_____ mEq po **PM** x _____, puis poursuivre Potassium usuel par la suite

Signature du médecin

N° de Licence

Pour information supplémentaire, veuillez contacter la Clinique d'Insuffisance Cardiaque : 514-376-3330 # 3494