

**ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE  
MVL FRÉQUENTS - ADULTES**

Date : \_\_\_\_\_

Identification du patient : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

**DERMATOLOGIE**

<input type="checkbox"/> Crème d'urée, 22%	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 2-4 sems <input type="checkbox"/> _____	_____ Gr	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Hydrocortisone 1%, Cr	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 grammes <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

**DOULEUR ET FIÈVRE**

<input type="checkbox"/> Acétaminophène 500 mg	<input type="checkbox"/> 2 co Q6H <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ibuprofène 200 mg	<input type="checkbox"/> 2 co Q8H <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Orphenadrine 100 mg	<input type="checkbox"/> 1 co Q12H <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

**TROUBLES DIGESTIFS**

<input type="checkbox"/> Peg 3350 (Code _____)	<input type="checkbox"/> 17g Die <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> 510 grammes <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sennosides 8,6 mg <input type="checkbox"/> Docusate de sodium (Code _____)	<input type="checkbox"/> 2 co DIE à TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Colyte (Code _____)	<input type="checkbox"/> Selon protocole <input type="checkbox"/> _____	PRN	4 Litres	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Bisacodyl, 10 mg (Code _____)	<input type="checkbox"/> Selon protocole <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Lopéramide, 2mg	2 co stat puis 1 après chaque selle	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Électrolytes de remplacement, poudre	Diluer 1 sachet dans _____ ml d'eau	PRN	_____ sachets	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Bentylol, 10 mg	<input type="checkbox"/> 1 co TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Lactase, enzyme 9 000 UI	<input type="checkbox"/> 1 co TID <input type="checkbox"/> _____	PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ranitidine, 150 mg	<input type="checkbox"/> 1 co BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

**INFECTIOLOGIE**

<input type="checkbox"/> Mupirocine, ong <input type="checkbox"/> Bacitracine, ong	<input type="checkbox"/> 1 app TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 grammes <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
---	--	---	---	---

<input type="checkbox"/>	Fluconazole, 150 mg	<input type="checkbox"/> 1 cap. stat <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> _____	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Clotrimazole 1%, Cr	<input type="checkbox"/> 1 app BID	<input type="checkbox"/> 2-4 sems	<input type="checkbox"/> 15 grammes	<input type="checkbox"/> NR
<input type="checkbox"/>	Nystatin, Cr	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

### ALLERGIES

<input type="checkbox"/>	Cromoglycate sodique, sol opht.	<input type="checkbox"/> 1 app QID	<input type="checkbox"/> Régulier	_____ ml	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Nasacort allergies	<input type="checkbox"/> 2 inh Die <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> en période d'allergies	<input type="checkbox"/> 120 doses <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

### PRÉVENTION

<input type="checkbox"/>	Épipen adulte (0,3 mg)	Faire une injection si urgence	PRN	<input type="checkbox"/> _____ doses	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Calcium 500 mg	<input type="checkbox"/> 1 co BID <input type="checkbox"/> _____	REG	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Vitamine D 1000 UI	<input type="checkbox"/> 1 co DIE <input type="checkbox"/> _____	REG	_____ co.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Refresh plus Refresh Tears	<input type="checkbox"/> 1 app QID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ ml	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

### AUTRES

Champs libres


### NOTES CLINIQUES

Pharmacien : \_\_\_\_\_ . # Pratique \_\_\_\_\_ .



**ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE  
MVL FRÉQUENTS - ENFANTS**

Identification du patient : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

POIDS \_\_\_\_\_

**DERMATOLOGIE**

<input type="checkbox"/> Crème d'urée, 22%	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 2-4 sems <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 grammes <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Hydrocortisone 1%, Cr	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 grammes <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

**DOULEUR ET FIÈVRE**

<input type="checkbox"/> Acétaminophène, liq	<input type="checkbox"/> 15 mg/kg/dose QID	<input type="checkbox"/> PRN	_____ ml	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ibuprofène, liq	<input type="checkbox"/> 10 mg/kg/dose QID	<input type="checkbox"/> PRN	_____ ml.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

**TROUBLES DIGESTIFS**

<input type="checkbox"/> Peg 3350 (Code _____)	<input type="checkbox"/> 1 mg/kg/jour Die	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	<input type="checkbox"/> 510 grammes <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Électrolytes de remplacement, poudre	Diluer 1 sachet dans _____ ml d'eau	PRN	_____ sachets	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Lactulose 667mg/ml	<input type="checkbox"/> 1 mL/kg/dose Die-Tid	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ ml.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Dimenhydrinate (NON COUVERT)	<input type="checkbox"/> 1,25 mg/kg/dose QID	PRN	_____ ml.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

**INFECTIOLOGIE**

<input type="checkbox"/> Mupirocine, ong <input type="checkbox"/> Bacitracine, ong	<input type="checkbox"/> 1 app TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 7-10 jours <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 grammes <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Clotrimazole 1%, Cr <input type="checkbox"/> Nystatin, Cr	<input type="checkbox"/> 1 app BID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 2-4 sems <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> 15 grammes <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

**ALLERGIES**

<input type="checkbox"/> Diphenhydramine (NON COUVERT)	<input type="checkbox"/> 1,25 mg/kg/dose QID	PRN	_____ ml	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
---	---	-----	----------	---

**PRÉVENTION**

<input type="checkbox"/> Épipen junior (0,15 mg) Épipen adulte (0,3 mg)	Faire une injection si urgence	PRN	<input type="checkbox"/> _____ doses	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
--	-----------------------------------	-----	--------------------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Vitamine D 400 UI, gouttes	<input type="checkbox"/> 1 gtt DIE <input type="checkbox"/> _____	REG	_____ ml.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	Refresh plus Refresh Tears	<input type="checkbox"/> 1 app QID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> PRN	_____ ml.	<input type="checkbox"/> NR <input type="checkbox"/> _____

### AUTRES

Champs libres


### NOTES CLINIQUES

## ANNEXE

Ayant le besoin d'être concise, les médicaments inclus sur la prescription pré-imprimée ont été sélectionnés sur la base de leur popularité et de leur couverture à la RAMQ.

### **Autres Rx moins fréquents, mais remboursé par la RAMQ**

Histantil 25 mg & 50 mg

Sulfate ferreux

Potassium (euro-K 600 et Euro-K 20)

Vitamine B12, L.A

Nitroglycérine, vaporisateur

Magnésium Rougier

Glucagon

Creon

Lactulose (Code d'exception)

Fleet, Fleet huileux, Fleet pédiatrique (Code d'exception)

Isopto Tears (Code exception)

Tears Naturelle I & II (Code exception)

Lacrilube (Code exception)

Psyllium (Code exception)

### **Rx fréquents, mais non-couverts RAMQ**

Cétirizine

Diphenhydramine

Dimenhydrinate

Voltaren

Flonase

Mosaspray

Transderm

Naproxen sodique, 220mg

Autres sels de fer

Buscopan

**NB. Vérifier régulièrement la base de donnée MVL de l'OPQ et pour vous assurer de l'annexe du médicament prescrit. Certaines compagnies ou formats sont de l'annexe 1.**