

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

**Initier le traitement de la syphilis chez une personne asymptomatique infectée
et auprès des partenaires d'une personne atteinte**

Numéro : **CIUSSSCN-2020-01**

Établissement :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)

NOM :

TÉLÉPHONE :

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.

MÉDICAMENTS ET POSOLOGIE

- Pénicilline G Benzathine (Bicillin L-AMC) 2,4 millions d'unités, IM, en dose unique
Si allergie à la pénicilline, suite à l'évaluation de _____
- Doxycycline (VibramycineMC) 100 mg, PO, BID pour 14 jours
- CODE K
- CODE L

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR CETTE ORDONNANCE

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone :

Signature :

DATE :

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone :

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

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

Nom de la personne qui fait l'envoi :

Date et heure de l'envoi :

Ceci est un formulaire lié à l'ordonnance collective Initier le traitement de la syphilis chez une personne asymptomatique infectée et auprès des partenaires d'une personne atteinte. La version complète de l'ordonnance collective peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/fr/professionnels-sante/ordonnances-collectives/ciuss>.