

NOM :
PRÉNOM :
DDN :
NAM :

**FORMULAIRE LIAISON PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE
PHARYNGITE-AMYGDALITE BACTÉRIENNE**

Établissement _____		
MÉDICAMENTS ET POSOLOGIE		
Poids _____ kg		
Antibiotique chez l'enfant	Posologie	Durée du traitement
☐ Amoxicilline	50 mg/kg/jour PO – BID ou DIE Maximum 500 mg PO BID ou 1000 mg DIE	10 jours
Antibiotique chez l'adulte	Posologie	Durée du traitement
☐ Pénicilline V	600 mg PO BID	10 jours
☐ Amoxicilline	500 mg PO BID ou 1000 mg DIE	10 jours
Antibiotique lorsque la situation nécessite une référence au pharmacien pour le choix thérapeutique, tel que décrit dans les limites de l'ordonnance collective « GMF-OC-ORL-01 Initier une mesure diagnostique et thérapeutique chez l'utilisateur présentant des signes et symptômes d'une pharyngite-amygdalite bactérienne » :		
☐ Pénicilline/Amoxicilline à substituer par le pharmacien pour une alternative appropriée		
☐ Antécédent de réaction allergique à un antibiotique de la classe des pénicillines		
☐ Autre, spécifier (exemple : grossesse, allaitement, prise de warfarine, insuffisance rénale ou autre) _____		
NOTE AU PHARMACIEN		
Au besoin, n'hésitez pas à intervenir (ex. : ajustement de dose) ou à rejoindre l'infirmière appliquant l'ordonnance collective « GMF-OC-ORL-01 Initier une mesure diagnostique et thérapeutique chez l'utilisateur présentant des signes et symptômes d'une pharyngite-amygdalite bactérienne », notamment si une discussion clinique est nécessaire ou si la situation nécessite une orientation vers le prescripteur répondant.		
IDENTIFICATION DE L'INFIRMIÈRE APPLIQUANT L'ORDONNANCE COLLECTIVE		
Nom _____	N° de permis (OIIQ) _____	
Numéro de téléphone _____		
Signature _____	Date _____	
Infirmière	AAAA-MM-JJ	
MÉDECIN OU IPS PRESCRIPTEUR DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE		
Nom _____	N° de permis d'exercice _____	
SECTION À COMPLÉTER SI FORMULAIRE TÉLÉCOPIÉ		
Nom de la pharmacie _____		
Téléphone _____	Télécopieur _____	
Cette communication constitue l'ordonnance originale, ne sera pas réutilisée et le pharmacien identifié en est le seul destinataire.		
Référence au protocole : GMF-PRO-ORL-01 Initier une mesure diagnostique et thérapeutique chez l'utilisateur présentant des signes et symptômes d'une pharyngite-amygdalite bactérienne, disponible à l'adresse https://www.ciuss-capitalnationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/ordonnances-collectives/ordonnances-gmf-hors-etablissement		
Légende		
BID : deux fois par jour PO : par voie orale	DIE : une fois par jour	kg : kilogramme mg : milligramme

(2025-03-10)