

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

LIAISON PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE INITIATION TRAITEMENT CYSTITE

Établissement _____			
En référence à l'ordonnance collective GMF-OC-URO-03 Initier des mesures diagnostiques en présence de symptômes et signes suggestifs d'une infection urinaire (cystite et pyélonéphrite) et initier un traitement pharmacologique per os de première intention pour la cystite chez une personne âgée de 14 ans et plus			
Allergie(s)/intolérance(s) et réaction(s) _____			
Antibiotique	Posologie	Durée	
		<input type="checkbox"/> SANS facteur de risque de complication	<input type="checkbox"/> AVEC facteurs de risque de complication
Traitement de 1^{ère} intention			
<input type="checkbox"/> Nitrofurantoïne monohydrate/macrocristaux	100 mg PO BID	<input type="checkbox"/> 5 jours	<input type="checkbox"/> 7 jours
<input type="checkbox"/> Nitrofurantoïne macrocristaux seuls	50 mg PO QID	<input type="checkbox"/> 5 jours	<input type="checkbox"/> 7 jours
<input type="checkbox"/> Triméthoprime-sulfaméthoxazole	160/800 mg PO BID	<input type="checkbox"/> 3 jours	<input type="checkbox"/> 7 jours
<input type="checkbox"/> Fosfomycine (trométhamine de)	3 g PO	<input type="checkbox"/> Dose unique	<input type="checkbox"/> 3 doses espacées de 48h
Bêta-lactamines (Si antibiotiques de 1 ^{ère} intention contre-indiqués OU ajustement selon l'antibiogramme)			
<input type="checkbox"/> Amoxicilline-clavulanate	875/125 mg PO BID	<input type="checkbox"/> 5 jours	<input type="checkbox"/> 7 jours
<input type="checkbox"/> Céfadroxil	500 mg PO BID	<input type="checkbox"/> 5 jours	<input type="checkbox"/> 7 jours
<input type="checkbox"/> Céfixime	400 mg PO DIE	<input type="checkbox"/> 5 jours	<input type="checkbox"/> 7 jours
Fluoroquinolones (Si antibiotiques de 1 ^{ère} intention contre-indiqués ET antécédents de réaction allergique sévère aux bêta-lactamines)			
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine	250 mg PO BID	<input type="checkbox"/> 3 jours	<input type="checkbox"/> 5 jours
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine XL	500 mg PO DIE	<input type="checkbox"/> 3 jours	<input type="checkbox"/> 5 jours
<input type="checkbox"/> Lévofloxacine	250 mg PO DIE	<input type="checkbox"/> 3 jours	<input type="checkbox"/> 5 jours
NOTE AU PHARMACIEN			
<input type="checkbox"/> Posologie à ajuster ou antibiotique à substituer pour une alternative appropriée selon le jugement du pharmacien, précisions : <input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Prise de warfarine <input type="checkbox"/> Autre, spécifier _____ <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale, spécifier DFGe et date du résultat _____			
Au besoin, ne pas hésiter à rejoindre l'infirmière appliquant l'ordonnance collective, notamment si une discussion clinique est nécessaire ou si la situation nécessite une orientation vers le professionnel prescripteur.			
IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL PRESCRIPTEUR AUTORISÉ			
Nom du médecin ou de l'IPS _____		N° de permis d'exercice _____	
IDENTIFICATION DE L'INFIRMIÈRE APPLIQUANT L'ORDONNANCE COLLECTIVE			
Nom _____		N° de permis (OIIQ) _____	
Numéro de téléphone _____		Signature _____ Date _____	
		Infirmière	aaaa/mm/jj
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.			
Légende	BID : deux fois par jour	DFGe : débit de filtration glomérulaire estimé	DIE : une fois par jour
	IPS : infirmière praticienne spécialisée	mg : milligramme	PO : per os
			h : heure
			QID : quatre fois par jour

(2026-01-26)