

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



EST10016

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

Nom, Prénom : _____

Nom de la mère : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

NAM : _____

Expiration : _____

Poids : _____ Kg Taille : _____ cm Allergie(s) : _____
Intolérance(s) : _____

ORDONNANCE AMBULATOIRE - SUSPICION D'ANGINE D'EFFORT (TYPIQUE OU ATYPIQUE AVEC FACTEURS DE RISQUE) ÉVOLUANT DEPUIS > 1 MOIS - ACCUEIL CLINIQUE

Médicament (teneur/concentration) et posologie	Quantité à servir	Renouvellement(s)
<input type="checkbox"/> Acide acetylsalicylique (Aspirin ^{MD}) 80 mg / comprimé : 2 co. PO STAT puis		
<input type="checkbox"/> Acide acetylsalicylique (Aspirin ^{MD}) 80 mg / comprimé : 1 co. PO DIE		
OU Si allergie à l'acide acetylsalicylique ou AINS :		
<input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix ^{MD}) 75 mg / comprimé : 4 co. STAT puis		
<input type="checkbox"/> Clopidogrel (Plavix ^{MD}) 75 mg / comprimé : 1 co. PO DIE		
(Code de remboursement RAMQ : CV19)		
ET		
<input type="checkbox"/> Nitroglycerine (Nitrolingual ^{MD}) 0.4 mg / vaporisation : 1 vaporisation sous la langue q 5 min (max 3 doses consécutives)		
ET		
<input type="radio"/> Bêta-bloqueur :		
OU		
<input type="radio"/> Bloqueur des canaux calciques :		
OU		
<input type="radio"/> Nitrates longue action :		
Autres :		

COMPLÉMENT(S) D'INFORMATION

*Selon les lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie en vigueur

Date (aa/mm/jj) _____

Signature du médecin _____

permis _____

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES