

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

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

Québec



- HMR     LT  
 HSCO     PDI  
 IUSMM     SLISM  
 CPMCS



OP00080

N° Dossier : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 NAM : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

**ORDONNANCE AMBULATOIRE - FIBRILLATION AURICULAIRE DE NOVO DE PLUS DE 48 H  
ACCUEIL CLINIQUE**

Poids \_\_\_\_\_ Kg    Taille \_\_\_\_\_ cm    Allergie(s) : \_\_\_\_\_    Intolérance(s) : \_\_\_\_\_

Médicament (teneur/concentration) et posologie	Quantité à servir	Renouvellement(s)
<input type="radio"/> Acide acétylsalicylique(Aspirin <sup>MD</sup> ) _____ mg PO _____ <b>OU</b> <input type="radio"/> Anticoagulant(s) : _____   		
<b>ET</b> <input type="radio"/> Bêta-bloqueur : _____ <b>OU</b> <input type="radio"/> Bloquant des canaux calciques : _____ <b>OU</b> <input type="radio"/> Digoxine (Lanoxin <sup>MD</sup> ) : _____  		
<b>Autres :</b>   		

**COMPLÉMENT(S) D'INFORMATION**

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature du médecin/prescripteur

# permis

Date

Heure

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES