Formulaire de suivi

☐ **Urgent** ☐ **Au cours des prochains jours/semaines** ☐ **Pour vos dossiers**

NOM DU PATIENT : N° RAMQ :

NOM DU MÉDECIN : N° télécopieur :

OBJET DU SUIVI

Problème constaté : **Antibiothérapie pour EAMPOC bactérienne**

Médicaments visés : **(INSCRIRE LE NOM DE L'ATB EN ATTENTE AU DOSSIER/ou dernier servi)**

Description du problème :

Le même antibiotique a été prescrit que celui utilisé lors du plus récent épisode d'EAMPOC bactérienne. L'INESSS recommande de changer de classes d'antibiotiques entre les épisodes d'EAMPOC bactérienne.

Pièces jointes :

INTERVENTION SUGGÉRÉE

Recommandation : **Changer l'antibiotique**

Précisions sur la recommandation :

Nous recommandons d'utiliser (NOM DE L'ANTIBIOTIQUE) pour cet épisode d'EAMPOC bactérienne. Par la suite, nous recommandons d'alterner les deux antibiotiques s'ils sont efficaces et bien tolérés.

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

☐ Revoir le patient dans les meilleurs délais ☐ Patient sera réévalué lors de son prochain rendez-vous

☐ Poursuivre la prise du médicament visé ☐ Cesser la prise du médicament visé

☐ Modifier le traitement – **(NOUVELLE ORDONNANCE)**

_____

_____

Ren : _____ Date : _____

Signature : _____ N° permis : _____

NOTE : signature et n° permis non requis si l'ordonnance a déjà été transmise verbalement. En retournant ce formulaire par télécopieur à l'attention confidentielle du pharmacien expéditeur, celui-ci fait office d'ordonnance originale ne pouvant être réutilisée par la suite.

EXPÉDITEUR

Nom du pharmacien : _____ N° permis : _____

Téléphone : _____ N° télécopieur : _____

Signature : _____ Date : _____