



MR60135

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

D.D.N. : _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

Ordonnance préimprimée individuelle

AJUSTEMENT MÉDICATION ANTIDIABÉTIQUE ANALYSES LABORATOIRE SUIVI DIABÈTE TYPE 2

OPI-08-002	Version no : 3	Entrée en vigueur : 2017-09	Révisée le : 2022-10
Installations visées :	Toutes les installations concernées		
Secteurs visés :	GMF-U, GMF intra établissement, Centre d'enseignement et clinique des maladies chroniques en 1ère et 2ème ligne, CLSC de Parent, Centre de Santé Wemotaci et Clinique Acokan..		
Allergie à :	Taille (cm) :	Poids (kg) :	
Cibles : <input type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée : _____ % Particularités : _____ <input type="checkbox"/> Glycémie préprandiale : _____ mmol/L _____ <input type="checkbox"/> Glycémie 2 heures postprandiale : _____ mmol/L _____			
Identification des médicaments			
Médicament à ajuster			
Nom de la molécule: _____		Posologie actuelle : _____	
Dose maximale : _____		Durée du traitement : <input type="checkbox"/> _____ (2 ans maximum)	
Précision(s) additionnelles(s) : _____			
Médicament à ajuster			
Nom de la molécule: _____		Posologie actuelle : _____	
Dose maximale : _____		Durée du traitement : <input type="checkbox"/> _____ (2 ans maximum)	
Précision(s) additionnelles(s) : _____			
Médicament à ajuster			
Nom de la molécule: _____		Posologie actuelle : _____	
Dose maximale : _____		Durée du traitement : <input type="checkbox"/> _____ (2 ans maximum)	
Précision(s) additionnelles(s) : _____			
Médicament à introduire ultérieurement au besoin <input type="checkbox"/> Non applicable, aucune option à cette ordonnance			
Nom de la molécule: _____		Posologie initiale: _____	
Dose maximale : _____		Durée du traitement : <input type="checkbox"/> _____ (2 ans maximum)	
Justification clinique : _____			
<input type="checkbox"/> Ajouter en combinaison avec _____ et aviser le médecin qui a rédigé cette ordonnance.			
<input type="checkbox"/> Substituer _____ et aviser le médecin qui a rédigé cette ordonnance.			
<input type="checkbox"/> Autre : _____			
PROTOCOLE MÉDICAL NATIONAL			
<input type="checkbox"/> J'autorise l'infirmière de la clinique à procéder à l'ajustement de la médication antidiabétique et des analyses de laboratoire pour le suivi du diabète de type 2, selon le protocole médical national n° 628004 de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux en vigueur sur le site web au moment de l'application de cette ordonnance.			
Signature du médecin : _____		No de permis : _____	
		Date : _____	
		Heure : _____	
		AAAA-MM-JJ HH : MM	