

Formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective régionale OC-1007-MCQ - Traitement de la pédiculose

Date : _____ (a,m,j)

CSSS	Renseignements sur la personne												
<input type="checkbox"/> CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable 5, rue des Hospitalières Victoriaville G6P 6N2 Tél. : 819 357-2030 <input type="checkbox"/> CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska 657, St-Jean Baptiste Nicolet J3T 1S4 Tél. : 819 293-2071 <input type="checkbox"/> CSSS de l'Énergie 1705, avenue Georges Shawinigan G9N 2N1 Tél. : 819 536-7500 <input type="checkbox"/> CSSS Drummond 570, rue Heriot Drummondville J2B 1C1 Tél. : 819 478-6464 <input type="checkbox"/> CSSS du Haut-St-Maurice 885, boul. Ducharme La Tuque G9X 3C1 Tél. : 819 523-4581 <input type="checkbox"/> CSSS de Maskinongé 41, boulevard Comtois Louiseville J5V 2H8 Tél. : 819 228-2731 <input type="checkbox"/> CSSS de Trois-Rivières 155, rue Toupin Trois-Rivières G8T 3Z8 Tél. : 819 370-2100 <input type="checkbox"/> CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan 750, rue Du Couvent St-Tite G0X 3H0 Tél. : 418 365-7555	<p>J'ai procédé à l'évaluation de :</p> <p>Nom et prénom : _____</p> <p>Date de naissance : _____ (a,m,j) Âge : _____</p> <hr/> <p style="background-color: #004a87; color: white; padding: 2px;">Évaluation</p> <p>1. Identification des poux de tête (infestation active)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Poux vivants observés et/ou</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Lentes viables* observées</p> <p style="padding-left: 40px;">* Lentes viables : lente située à < 6 mm du cuir chevelu (racine du cheveu)</p> <p>2. Autres membres de la famille atteints</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Oui → Nombre de personnes détectées à traiter : _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Non</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Il n'y a aucune contre-indication à l'utilisation d'un pédiculicide topique</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Enfant < 2 ans Précautions : <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Allaitement</p> <p>5. Traitement choisi :</p> <p>Produit à 2 applications (0-9 jours) : + peigne fin et examen visuel</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Kwellada-P^R 1 % ou NIX^R 1 % <input type="checkbox"/> NYDA^R <input type="checkbox"/> R & C^R ou Pronto^R</p> <p>Produit à 3 applications (0-7-14 jours) : + peigne fin et examen visuel</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Zap^R <input type="checkbox"/> Resultz^R</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Personne avisée de présenter ce formulaire au pharmacien</p> <hr/> <p style="background-color: #004a87; color: white; padding: 2px;">Complété par :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">_____</td> <td style="width: 50%; border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Nom de l'infirmière</td> <td style="border: none;">N° de l'OIIQ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Signature de l'infirmière</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Téléphone</td> <td style="border: none;">Poste</td> </tr> </table>	_____	_____	Nom de l'infirmière	N° de l'OIIQ	_____	_____	Signature de l'infirmière		_____	_____	Téléphone	Poste
_____	_____												
Nom de l'infirmière	N° de l'OIIQ												
_____	_____												
Signature de l'infirmière													
_____	_____												
Téléphone	Poste												

Médecin signataire : Dr Gilles W. Grenier, MD, directeur de santé publique

N° permis : 78-341-4

Téléphone : **819 693-3943**

N° télécopieur confidentiel : **1-866-377-6236**

Disponible sur le site internet : <http://www.agencesss04.qc.ca>