

Nom :

Prénom :

Dossier :

Section à compléter par le cardiologue

- ☐ Examen **SANS** omission de médicaments
- ☐ Examen **AVEC** omission de médicaments.
- ☐ Ne pas donner à partir du jour moins 1 de l'examen
- ☐ Ne pas donner à partir du jour moins 2 de l'examen
- ☐ Ne pas donner à partir du jour moins 3 de l'examen

Liste de médicaments à cesser selon l'indication médicale – ADULTE SEULEMENT

Bêtabloquants

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acébutolol | <input type="checkbox"/> Carvédilol | <input type="checkbox"/> Nadolol | <input type="checkbox"/> Propranolol |
| <input type="checkbox"/> Atenolol | <input type="checkbox"/> Labétalol | <input type="checkbox"/> Nébivolol | <input type="checkbox"/> Timolol |
| <input type="checkbox"/> Bisoprolol | <input type="checkbox"/> Metoprolol | <input type="checkbox"/> Pindolol | |

Bloquants calciques dihydropyridines

- ☐ AmLODIPine
- ☐ NIFÉdipine
- ☐ Felodipine

Bloquants calciques non-dihydropyridines

- ☐ Diltiazem
- ☐ Verapamil

Inhibiteur de la 5-phosphodiesterase

- ☐ Sildénafil
- ☐ Tadalafil
- ☐ Vardénafil

Nitrates

- ☐ Nitroglycérine sublinguale (pompe)
- ☐ Nitroglycérine topique (onguent)
- ☐ Nitroglycérine transdermique (timbre)
- ☐ Isosorbide mononitrate
- ☐ Isosorbide dinitrate

Autres

- ☐ Ivabradine
- ☐ Nicorandil
- ☐ Ranolazine

Médecin prescripteur

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> D ^r Béliveau, Patrick 105327 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Fillion, Nancy 103289 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Lemieux, Annie 110558 | <input type="checkbox"/> D ^r Poulin, J-Francois 185381 |
| <input type="checkbox"/> D ^r Berthelot-Richer, Maxime 113156 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Gaudreault, Valérie 109623 | <input type="checkbox"/> D ^r Lortie, Hugo 119809 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Roberge, Maude 118747 |
| <input type="checkbox"/> Dr Chetaille, Philippe 05259 | <input type="checkbox"/> D ^r Gilbert, Philippe 109572 | <input type="checkbox"/> D ^r MacHaalany, Jimmy 117159 | <input type="checkbox"/> D ^{re} S-Dumais, Isabelle 102982 |
| <input type="checkbox"/> D ^r Côté, Jean-Marc 93371 | <input type="checkbox"/> D ^r Hamel, Jean 186279 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Marceau, Aude 114270 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Thériault, Claudine 198315 |
| <input type="checkbox"/> D ^r Couture, Jacques 178336 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Houde, Christine 86281 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Michaud, Amélie 115113 | <input type="checkbox"/> D ^r Thérioux, Xavier 104447 |
| <input type="checkbox"/> D ^r De Blois, Jonathan 107429 | <input type="checkbox"/> D ^r Joncas, Sébastien-X. 111221 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Morin, Annie 111700 | <input type="checkbox"/> D ^r Tremblay, Benoit 182388 |
| <input type="checkbox"/> D ^r Demeule, Éric 197211 | <input type="checkbox"/> D ^r Larue-Grondin Samuel 118619 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Morin, Josée 101215 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Vandal, M-Claude 195312 |
| <input type="checkbox"/> D ^r Desjardins, Laurent 02666 | <input type="checkbox"/> Dr Le Bouthillier, Pierre 184051 | <input type="checkbox"/> D ^r Nadeau, Pierre-Louis 112585 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Vaujois, Laurence 13775 |
| <input type="checkbox"/> D ^r D-Bissonnette, Stéphanie 113755 | <input type="checkbox"/> D ^r Leclerc, Francois 114466 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Pelletier, M-Josée 112741 | <input type="checkbox"/> D ^{re} Vinet, Élise 109607 |
| <input type="checkbox"/> D ^r Drolet, Christian 07460 | <input type="checkbox"/> D ^r Lemay, Sylvain 101563 | <input type="checkbox"/> D ^r Potvin, J-Michel 106437 | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

TÉLÉCOPIER CETTE ORDONNANCE (LES 2 PAGES) À LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE DE L'USAGER ET À SON MÉDECIN TRAITANT

Pharmacie tél. : _____ télécopieur : _____

Copie conforme envoyée à (médecin) : _____ par (initiales): _____

Transmission confidentielle par télécopieur (Règlement CMQ, norme 2008.01 OPQ)

Avis de confidentialité : Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu doit être protégé. Si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer l'expéditeur immédiatement. **Certification du prescripteur** : Je certifie que ce document est une ordonnance originale, le pharmacien identifié est le seul destinataire, l'original N'EST PAS UTILISÉ, il est conservé au dossier-usager du CHU de Québec – Université Laval.

DATE (de la télécopie) (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ **HEURE (hh:mm)** : ____:____

Médecin demandeur : Nom : _____ Prénom : _____ N° de permis _____

Signature : _____ **DATE (aaaa/mm/jj)** : ____/____/____ **HEURE (hh:mm)** : ____:____ **CC** : _____

Acceptation au comité de pharmacologie :