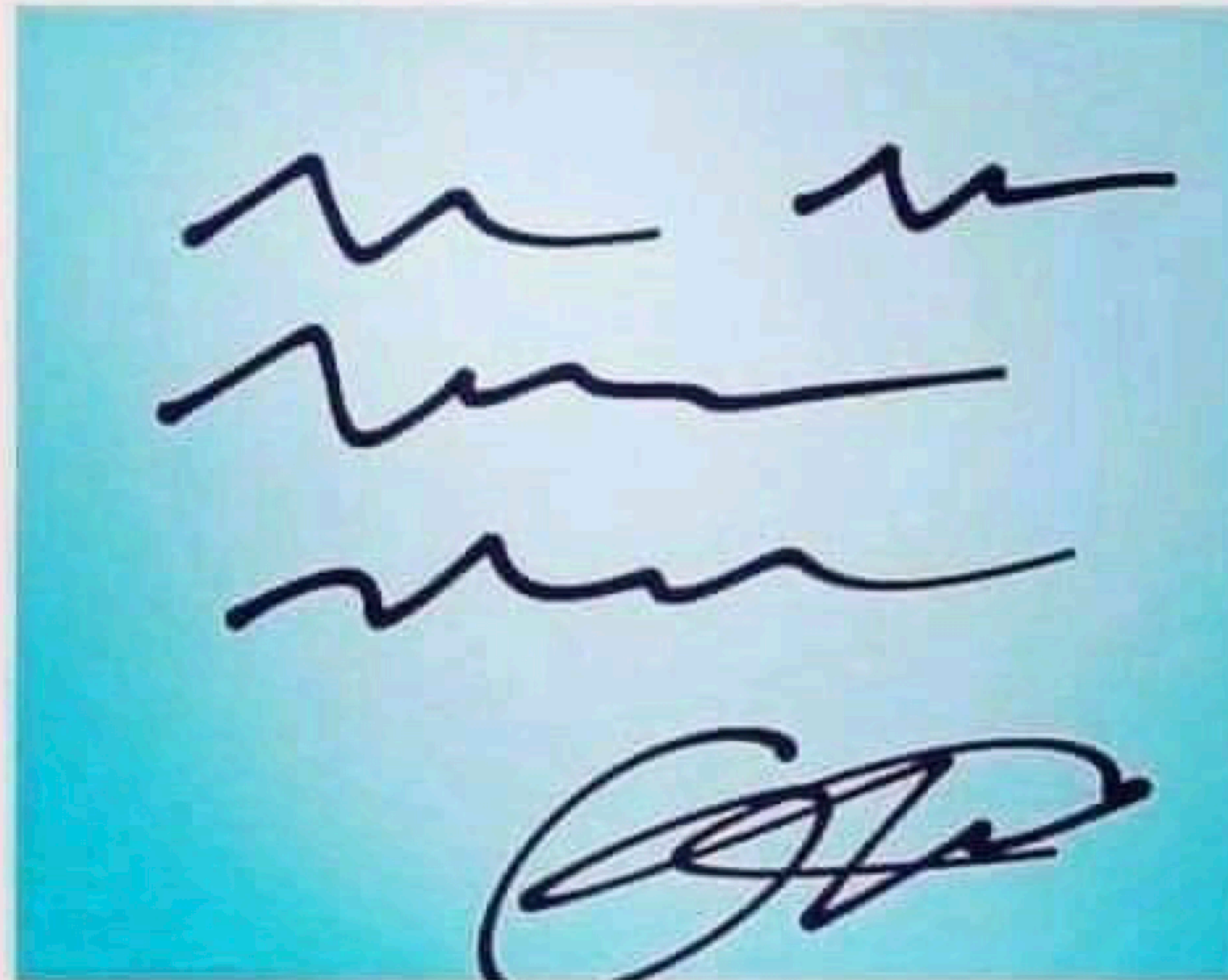


# L'ordonnance

**Je suis allé chez mon médecin.  
Je crois qu'il m'a prescrit des  
vacances à la mer !**





Nom prescripteur  
Adresse  
Qualité  
RPPS

Nom patient  
Sexe - Poids  
Age si - de 15 ans

Nom Médicament 1 dosage  
voie - forme galénique  
Posologie - recommandations. durée

Nom Médicament 2 dosage  
voie - forme galénique  
Posologie - recommandations. durée

Nom Médicament 3 dosage  
voie - forme galénique  
Posologie - recommandations. durée

**Tampon de la Pharmacie**  
**Date** Date signature prescripteur

# L'ordonnance type En ville Et En HAD

**HAD** HOSPITALISATION A DOMICILE  
du littoral Boulogne- Montreuil

**ORDONNANCE MEDICAMENTS**

Traitement H.A.D. : .....  
**Etiquette PATIENT**

Poids : ..... Allergie(s) médicamenteuse(s) : ..... (Clairance mL/min ; Date)  
Insuffisance Rénale :  NON  Oui : .....  
Insuffisance Hépatique :  NON  Oui : ..... (Donnée biologique notable ; Date)  
Spécialités : Nom + dosage + galénique + Unité (Amp-Gél-Cp-UI) et voie d'administration : .....  
Si autogestion, cochez la case de la spécialité.

Trouble de la déglutition :  NON  Oui  
Nutrition par sonde :  NON  Oui

Nom Médicament	dosage	voie - forme galénique	recommandations	Posologie				durée	Délivrance pharmaceutique				
				Matin	Midi	Soir	Coucher		Quantités délivrées par semaine	S1	S2	S3	S4
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>													

Alimentation :

Traitement O2 - MEOPA : (préciser dosage, durée, fréquence ...)

Nom prescripteur : .....  
Adresse : .....  
Qualité - RPPS : .....

**Tampon de la Pharmacie**  
**Date**

En qualité de médecin, je reconnais avoir informé mon patient des risques encourus et bénéfices escomptés de l'acte prescrit.

Merci d'apposer aussi votre tampon sur ce duplicata

Merci d'apposer votre tampon sur ce duplicata

Merci de faxer la prescription sans délai à l'adresse ci-dessous pour le suivi du patient et ne pas envoyer la facturation aux organismes d'assurance maladie



**Comment faire quand le médecin a prescrit sur une ordonnance de ville ou hospitalière pour utiliser le support unique de prescription**



Nom prescripteur  
Adresse  
Qualité  
RPPS

Nom patient  
Sexe - Poids  
Age si - de 15 ans

**1** Nom Médicament 1 dosage  
voie - forme galénique  
Posologie - recommandations. durée

**2** Nom Médicament 2 dosage  
voie - forme galénique  
Posologie - recommandations. durée

**3** Nom Médicament 3 dosage  
voie - forme galénique  
Posologie - recommandations. durée

**Tampon de la Pharmacie**  
**Date** Date signature prescripteur

Numéroter les traitements  
sur l'ordonnance  
et reporter  
la numérotation  
sur le support unique  
sans oublier de barrer

**HAD HOSPITALISATION A DOMICILE**  
du littoral Boulogne- Montreuil

**ORDONNANCE MEDICAMENTS**

**Etiquette PATIENT** ment H.A.D

Poids : ..... Allergie(s) médicamenteuse(s) : ..... (Clairance mL/min ; Date)  
Insuffisance Rénale :  NON  Oui : ..... (Donnée biologique notable ; Date)  
Insuffisance Hépatique :  NON  Oui : .....  
Spécialités : Nom + dosage + galénique + Unité (Amp-Gél-Cp-Ul) et voie d'administration  
Si autogestion, cochez la case de la spécialité.

	Posologie				Durée	Délivrance pharmaceutique				
	Matin	Midi	Soir	Coucher		Quantités délivrées par semaine	S1	S2	S3	S4
<input type="checkbox"/> <b>1</b>										
<input type="checkbox"/> <b>2</b>										
<input type="checkbox"/> <b>3</b>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/>										

Alimentation :  
Traitement O2 - MEOPA : (préciser dosage, durée, fréquence ...)

**SÉCURISATION ORDONNANCE : QUANTITÉ DE SPÉCIALITÉS PRESCRITES**

Identification prescripteur  
Date :  
Signature et tampon du prescripteur  
Merci d'apposer aussi votre tampon sur ce duplicata  
En qualité de médecin, je reconnais avoir informé mon patient des risques encourus et bénéfices escomptés de l'acte prescrit

Analyse pharmaceutique  
Date :  
Signature et tampon du pharmacien  
Merci d'apposer aussi votre tampon sur ce duplicata  
En qualité de pharmacien, je reconnais avoir informé le patient ou l'entourage du bon usage des médicaments délivrés.  
Merci de fixer la prescription sans délai à l'HAD pour le suivi du patient et ne pas envoyer la facturation aux organismes d'assurance maladie

**EXEMPLAIRE ORIGINAL - À RENDRE AU PATIENT**



Ne pas oublier d'agrafer l'ensemble des supports



**Nom prescripteur** \_\_\_\_\_  
**Adresse** \_\_\_\_\_

**THAD HOSPITALISATION A DOMICILE**  
 du littoral | Boulogne - Montreuil

**ORDONNANCE MEDICAMENTS**

**Etiquette PATIENT**

**NUMÉRO DE FEUILLET :** \_\_\_\_\_

**FICHE D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PAR IDE**

**Alimentation :**

**Traitement O2 - MEOPA :** (préciser dosage, durée, fréquence ...)

**SÉCURISATION ORDONNANCE : QUANTITÉ DE SPÉCIALITÉS PRESCRITES**

**Signature et tampon du prescripteur**

**Signature et tampon du pharmacien**

**En qualité de pharmacien, je reconnais avoir informé le patient ou l'entourage du bon usage des médicaments délivrés.**

**Signature et tampon du pharmacien**

**En qualité de pharmaciens, je reconnais avoir informé le patient et ne pas envoyer la facturation aux organismes d'assurance maladie**

**de:**  Ingestible  Percutané  Patch  Colaire

**Préparation traitement**  Administration traitement  Traitement non présent au domicile

**Administration par le patient**  Administration par l'entourage  Autre

**Non administration du traitement**  Arrêt du traitement  Non transmission



# Exceptionnellement un second support peut être ajouté (sous réserve de la validité de l'ordonnance)

**THAD HOSPITALISATION A DOMICILE**  
Etablissement H.A.D.  
Colle, l'étiquette «patient»  
En l'absence d'étiquette :  
Nom et prénom du patient

**ORDONNANCE MEDICAMENTS**

Alimentation :  Niveau 0 (Pas d'auto administration)  
 Niveau 1 (Auto administration sous contrôle de l'aideant - Traçabilité par le patient)  
 Niveau 2 (Auto administration - Traçabilité par le patient)

Posologie	Durée	Déivrance pharmaceutique	FICHE D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PAR IDE																					
Matin	Mid	Soir	Cocheur	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date

Alimentation :  
Traitement O2 - MEOPA : (préciser dosage, durée, fréquence ...)

**SÉCURISATION ORDONNANCE : QUANTITÉ DE SPÉCIALITÉS PRESCRITES**  
Date : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE FEUILLET : \_\_\_\_\_

EXEMPLAIRE À GARDER À DOMICILE



**THAD HOSPITALISATION A DOMICILE**  
Etablissement H.A.D.  
Colle, l'étiquette «patient»  
En l'absence d'étiquette :  
Nom et prénom du patient

**ORDONNANCE MEDICAMENTS**

Alimentation :  Niveau 0 (Pas d'auto administration)  
 Niveau 1 (Auto administration sous contrôle de l'aideant - Traçabilité IDE)  
 Niveau 2 (Auto administration - Traçabilité par le patient)

Posologie	Durée	Déivrance pharmaceutique	FICHE D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS PAR IDE																					
Matin	Mid	Soir	Cocheur	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date

Alimentation :  Niveau 0 (Pas d'auto administration)  
 Niveau 1 (Auto administration sous contrôle de l'aideant - Traçabilité IDE)  
 Niveau 2 (Auto administration - Traçabilité par le patient)

Alimentation :  
Traitement O2 - MEOPA : (préciser dosage, durée, fréquence ...)

**SÉCURISATION ORDONNANCE : QUANTITÉ DE SPÉCIALITÉS PRESCRITES**  
Date : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE FEUILLET : \_\_\_\_\_

EXEMPLAIRE ORIGINAL À RENDRE AU PATIENT







# Ne pas oublier de dater et numéroté les feuillets

<b>Date</b>
du
au

<b>Feuillet .... sur ....</b>
-------------------------------





**Service logistique - pharmacie**