



**FORMULAIRE DE COMMUNICATION ET
ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION
TRAITEMENT DE PHARYNGITE À STREPTOCOQUE GROUPE A**

Allergie (détail) : _____

Date : 20____-____-____ Heure : ____ : ____ Poids : ____ kg
aaaa-mm-jj

Transmission confidentielle par télécopieur à la pharmacie communautaire : _____

Télécopieur : _____ Date : 20____-____-____

En provenance de : _____ Coordonnées pour contacter : _____

Situation	Conduite conformément à l'ordonnance collective 2024-OC-INFECTIO-07
<input type="checkbox"/> Test de détection rapide positif	Amorcer immédiatement l'antibiothérapie pour le traitement de pharyngite-amygdalite à streptocoque du groupe A. <input type="checkbox"/> Culture de gorge en cours afin de réajuster au besoin l'antibiothérapie selon l'évolution et le résultat de l'antibiogramme ¹ .
<input type="checkbox"/> Culture de gorge	Si le résultat de culture de gorge est positif ¹ , amorcer l'antibiothérapie pour le traitement de pharyngite-amygdalite à streptocoque du groupe A.
Note pour le pharmacien : <input type="checkbox"/> Mention d'allergie à la pénicilline ou amoxicilline, à évaluer par le pharmacien.	
Médecin prescripteur identifié : _____ Numéro de pratique : _____ <i>Lorsque le médecin prescripteur identifié est infectiologue, le médecin répondant à contacter en cas de question est l'infectiologue de garde aux appels externes à l'Hôtel-Dieu de Lévis.</i>	
Professionnel ayant appliqué l'OC : _____ Date : 20____-____-____	

¹ Le résultat sera disponible (DSQ) dans un délai maximal de 72 heures.

Section pour la rédaction de l'ordonnance d'antibiothérapie (par pharmacien communautaire)

Médicament	Dose enfant	Dose adulte	Durée de traitement
Pénicilline V (1 ^{er} choix)	<input type="checkbox"/> 50 mg/kg/jour po réparti en 2 prises/jour (bid) Soit 25 mg/kg/dose = _____ mg po bid (max : 600 mg/dose)	<input type="checkbox"/> 600 mg po bid	10 jours
Amoxicilline	<input type="checkbox"/> 50 mg/kg/jour po réparti en 2 prises/jour (bid) Soit 25mg/kg/dose _____ mg po bid (max : 500 mg/dose)	<input type="checkbox"/> 500 mg po bid	
	<input type="checkbox"/> 50 mg/kg/dose po die, soit _____ mg po die (max : 1 000 mg/dose)	<input type="checkbox"/> 1 000 mg po die	

En cas d'allergie/contre-indication aux choix privilégiés ci-haut, le pharmacien peut se référer au guide de l'INESSS et au contenu de l'ordonnance collective (disponible via le site du CRSP Chaudière-Appalaches) pour guider le choix d'antibiothérapie. Dans les rares cas d'utilisation de macrolide ou clindamycine, réajuster au besoin l'antibiothérapie selon l'évolution et le résultat de la culture.

Médecin prescripteur identifié : (idem à ci-haut)

Signature du professionnel _____ Numéro de pratique : _____ Date : 20____-____-____