

PRESCRIPTION Asthme (CLINIQUE SPÉCIALISÉE des Voies Respiratoires)

Pharmacie : Télécopieur : Date/heure : La pharmacie précitée est la seule destinataire Expéditeur : Téléphone : Télécopieur :	Nom : _____ DDN : _____
---	--------------------------------

PRESCRIPTION *Répétable* 1 an 2 ans

TRAITEMENT REGULIER

OXYGENOTHERAPIE A DOMICILE : _____ L/MIN _____ H/24

HRES

<input type="checkbox"/> Aectura <input type="checkbox"/> 80/150ug 1 inh die <input type="checkbox"/> 160/150ug 1 inh die <input type="checkbox"/> 320/150ug 1 inh die <input type="checkbox"/> Advair <input type="checkbox"/> A-D _____ ug 2 inh bid <input type="checkbox"/> diskus _____ ug 1 inh bid <input type="checkbox"/> Breo _____ ug 1inh die <input type="checkbox"/> Symbicort _____ ug () inh bid <input type="checkbox"/> Zenhale _____ ug () inh bid <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> RE 41	<input type="checkbox"/> Aermony _____ ug () inh _____ <input type="checkbox"/> Alvesco _____ ug () inh _____ <input type="checkbox"/> Arnuity _____ ug () inh _____ <input type="checkbox"/> Asmanex _____ ug () inh _____ <input type="checkbox"/> Flovent <input type="checkbox"/> A-D _____ ug 2 inh bid <input type="checkbox"/> diskus _____ ug 1 inh bid <input type="checkbox"/> Pulmicort _____ ug () inh _____ <input type="checkbox"/> Qvar _____ ug () inh _____ ** Toujours prendre avec CSI <input type="checkbox"/> Incruse 62.5 ug 1 inh die <input type="checkbox"/> Seebri 50 ug 1 inh die <input type="checkbox"/> Spiriva <input type="checkbox"/> respimat 2.5 ug 2 inh die <input type="checkbox"/> handihaler 18 ug 1 inh die <input type="checkbox"/> Tudorza 400ug 1 inh bid	<input type="checkbox"/> Trelegy _____ /62.5/25ug 1 inh die <input type="checkbox"/> Breztri 182/8,2/5,8 ug 2 inh bid <input type="checkbox"/> Enerzair 150/50/160 ug 1 inh die Dx de chevauchement Asthme/MPOC <input type="checkbox"/> RE 384 / <input type="checkbox"/> RE 385 / <input type="checkbox"/> RE 386 <input type="checkbox"/> Azithromycine _____ mg _____ <input type="checkbox"/> Montelukast 10 mg PO DIE
Médication de secours : <input type="checkbox"/> Ventolin <input type="checkbox"/> A-D 100ug 2 inh prn <input type="checkbox"/> diskus 200 ug 1 inh bid <input type="checkbox"/> RE 112 / <input type="checkbox"/> RE 113 } ** Toujours prendre avec CSI <input type="checkbox"/> Bricanyl 0,5 mg () inh prn <input type="checkbox"/> Symbicort _____ ug () inh prn (maximum 8 inh par jour) <input type="checkbox"/> Zenhale _____ ug () inh prn (maximum 8 inh par jour) } <input type="checkbox"/> RE 41		
<input type="checkbox"/> Chambre d'espacement Hygiène Bronchique: <input type="checkbox"/> Aerobika <input type="checkbox"/> Acapella <input type="checkbox"/> Autre : _____		

EXACERBATION ASTHME

PREDNISONE 50 mg X 3 jrs, puis 25mg po die x 2 jours, puis retour à la dose régulière, s'il y a lieu
 2 SERVICES en _____ mois de : Prednisone AVISER LE MEDECIN SUITE AU 2^E SERVICE
 Autre : _____

AUTRES : _____

Certification du prescripteur : Je certifie que cette ordonnance est une ordonnance originale.

Signature du médecin : _____ **# Licence :** _____ **Date :** _____