**HRV**

**RVH**

**CL**

**LC**

**ITM**

**MCI**

**HGM**

**MGH**

**HNM**

**MNH**

**HME**

**MCH**

X

X

\*FMU-3608\*



**HME**

**MCH**

X

**HGM**

**MGH**

X

**HRV**

**RVH**

X

**Dermatologie: Dermatite/**dermatitis**–Standard**

**CORTICOSTÉROÏDE TOPIQUE /** TOPICALCORTICOSTEROID:

**Poids** / Weight \_\_\_\_(kg) **Allergies**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Service**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date** AAYY/MM/JD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Téléphone/**Telephone: **No. du télécopieur du service /** Service’s fax number (514) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médicament(s) \* Posologie \* Quantité \* Durée /** Medication \* Dosage \* Quantity \* Duration | | | | | | |
| **►PHASE 1. Maladie active– traitement de secours / Active** disease, rescue treatment◄  **Utiliser avec**/use with **►PHASE 2.** MAINTIEN **à prévenir recurrence or complications/** Maintenance **to prevent recurrence** or complications**◄** pour maladie chronique/ for chronic disease, et/ou and/or **Endroits particuliers** / Special sites ◄ **(\*FMU-XXYY\*)**  **Utiliser avec**/use with ►SOINS QUOTIDIENS en prévention / Daily Preventive Care◄**(\*\*FMU-XXYY\*)** | | | | | | **# de renouvelle-ments**  / renewals |
| **CORTICOSTÉROÏDE /** Corticosteroid: **(Class, e.g. I,** super-puissant/-potency - **IV,** moins puissant/lower-potency) | | | | | |
| **ZONE(S) 1**  **CORPS**/ BODY  **TÊTE ET COU /** HEAD AND NECK  **Cuir chevelu /** Scalp  **Mains**/hands  **Endroits particuliers: /** Special sites:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **I-**Clobetasol proprionate 0.05%  **II-**Desoximetasone 0.25%  **II-III-**Fluocinonide 0.05%  **IV**-Triamcinolone acetonide 0.1%  **IV**-Betamethasone valerate 0.1% | **V-VI** Betamethasone valerate 0.05%  **IV** Mometasone furoate 0.1%  **IV** Desoximetasone 0.05%  Autre /Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **­­­** | | | | **R X**  **12**  **ou/**or  **\_\_\_­­\_** |
| **En** / as :  **Lotion**  **Crème /** Cream **et/ou /** and/or  **Onguent /** Ointment  **Autre /** Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Fournir** / supply:  50-60 g/ml  100 g/ml  450 g/ml  \_\_\_\_\_\_g/mL | | |
| ***POSOLOGIE****/y*  ***1-2x par jour/*** *per day* ***sur les régions rouges, rugueuses, qui démangent****/ to all red, rough, itchy skin* ***jusqu’à******résolution*** *until resolved,* ***suivi par******dimunition graduelle et******usage au besoin/*** *then gradually reduce and use as needed 2-3x /****semaine****/ week,*  ***ou****/or*  Autre /Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **ZONE(S) 2**  **CORPS**/ BODY  **TÊTE ET COU /** HEAD AND NECK  **Cuir chevelu /** Scalp  **Mains**/hands  **Endroits particuliers: /** Special sites:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **I-**Clobetasol proprionate 0.05%  **II-**Desoximetasone 0.25%  **II-III-**Fluocinonide 0.05%  **IV**-Triamcinolone acetonide 0.1%  **IV**-Betamethasone valerate 0.1% | | | **V-VI** Betamethasone valerate 0.05%  **IV** Mometasone furoate 0.1%  **IV** Desoximetasone 0.05%  Autre /Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **R X**  **12**  **ou/**or  **\_\_\_­­\_** |
| **En** / as :  **Lotion**  **Crème /** Cream **et/ou /** and/or  **Onguent /** Ointment  **Autre /** Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Fournir** / supply:  50-60 g/ml  100 g/ml  450 g/ml  \_\_\_\_\_\_g/mL |
| ***POSOLOGIE****/y*  ***1-2x par jour/*** *per day* ***sur les régions rouges, rugueuses, qui démangent****/ to all red, rough, itchy skin* ***jusqu’à******résolution*** *until resolved,* ***suivi par******dimunition graduelle et******usage au besoin/*** *then gradually reduce and use as needed 2-3x /****semaine****/ week,*  ***ou****/or*  Autre /Other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du prescripteur /** Prescriber’s signature **Nom en lettres moulées /** Print name **N° permis**/ License No.

|  |  |
| --- | --- |
| **À COMPLÉTER LORSQUE LA PRESCRIPTION DOIT ÊTRE TÉLÉCOPIÉE /** TO BE COMPLETED IF PRESCRIPTION IS FAXED.  **Le médecin doit compléter cette section lors de prescription transmise par télécopieur/** This section must be completed by the physician if this prescription is to be faxed. | |
| **No. télécopieur/** Fax number (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Date et heure de la télécopie** Fax date and time **AA**YY/**M**M/**J**D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00:00 \_\_\_\_\_  **Nom du propriétaire de la pharmacie** Name of the pharmacy’s |
| **Le médecin ci-haut mentionné certifie que**: **1) cette ordonnance est originale; 2) Le pharmacien identifié précité est le seul destinataire;** **3) L’original de cette ordonnance ne sera pas réutilisé.** The above mentioned physician certifies that: 1) This is the original prescriptio; 2) The aforementioned pharmacist is the only recipient; 3) The original prescription will not be re-used. | |

|  |
| --- |
| **TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR** / CONFIDENTIAL FAX TRANSMISSION |
| **Ce message contient de l’information privilégiée, confidentielle et ne pouvant être divulguée. /** This message contains privileged and confidential information, which is not to be disclosed.  **Si vous n’êtes pas le destinataire envisagé de ce message ou une personne autorisée à le recevoir, veuillez communiquer avec le soussigné et ensuite détruire ce message ainsi que toutes les copies pouvant exister.**  If you are not the intended recipient of this message, please contact the undersigned and destroy this message as well as all existing copies. |

**Annexer la confirmation par télécopieur à la copie jaune** / Attach fax confirmation to Yellow copy

**Original - Pharmacie** / Original – Pharmacy **Copie jaune – Dossier médical** / Yellow copy - Medical Record

**HRV**

**RVH**

**CL**

**LC**

**ITM**

**MCI**

**HGM**

**MGH**

**HNM**

**MNH**

**HME**

**MCH**

X

X

\*FMU-3608\*



**HME**

**MCH**

X

**HGM**

**MGH**

X

**HRV**

**RVH**

X

**Dermatologie: Dermatite/**dermatitis **chronique/** chronic **–Standard**

**TRAITEMENT NON-CORTICOSTÉROÏDE /** NON-CORTICOSTEROID TREATMENT:

**Poids** / Weight \_\_\_\_(kg) **Allergies**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Service**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date** AAYY/MM/JD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Médicament(s) \* Posologie \* Quantité \* Durée /** Medication \* Dosage \* Quantity \* Duration | | | | |  | | **►PHASE 2. à prévenir récurrence ou complications/** *to prevent recurrence or complications*  **et/ou pour** **endroits particuliers** / and/or for special sites**◄**  **Utiliser avec**/use with **►PHASE 1. CORTICOSTÉROÏDE /** Corticosteroid:  **Maladie active– traitement de secours / Active** disease, rescue treatment,  **Utiliser avec**/use with **►**SOINS QUOTIDIENS en prévention / Daily Preventive Care◄ | | | | | **# de renouvelle-ments**  / renewals | | **ZONE(S)**  **CORPS**/ BODY  **VISAGE ET COU /** FACE AND NECK  **Cuir chevelu /** Scalp  **Mains**/hands  **Endroits particuliers /** Special sites | **Non-corticostéroïd(e) /** Non-corticosteroid | | | | **R X**  **12**  **ou/**or  **\_\_\_­­\_** | | **A.On RAMQ avec/**with **codification DE56/7**  **Dermatite atopique /** Atopic dermatitis | **Inhibiteur calcineurin** inhibitors  **Pimecrolimus 1% crème / c**ream  **Tacrolimus 0.1% onguent /** ointment  **Tacrolimus 0.03% onguent /** ointment | | | | **B.Non-RAMQ** | **Phosphodiesterase 4 inhibitors**  **Crisaborole 2% onguent /** ointment  **Roflumilast 0.3% crème /**cream | | | | ***POSOLOGIE****/y*  ***1-2x par jour sur les régions récurrentes en prévention, au besoin ~ 2-3x/semaine /*** *to recurrent skin areas as prevention, as needed ; 2-3x /week,* | |  | **Fournir** / supply:  30g  50-60 g/ml  100 g/ml  450 g/ml  \_\_\_\_\_\_g/mL | | **Autre** /other *as specified \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | **► Surplus/infection BACTÉRIENNE/** BACTERIAL overgrowth/infection ***(si/ if present)***  **croûtes ou écoulement jaunâtres /** *yellow, oozing areas* **ou**/or decolonization  **Onguent Mupirocin**ointment *30g*  **Crème Fucidic acid**cream*30g*  **other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***POSOLOGIE/y***  **2x/jour aux endroits affectés au besoin, *jusqu’à******résolution /*** *2x day to all infected yellow, oozing areas as needed; until resolved,* *pour 1 mois / for 1 month,* ***et/ou*** *and/or*  **2x/jour dans les narines */*** *2x day in the nostrils; 7/30 jours/days* | | | | | **R X**  **12**  **ou/**or  **\_\_\_­­\_** | |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du prescripteur /** Prescriber’s signature **Nom en lettres moulées /** Print name **N° permis**/ License No.

|  |  |
| --- | --- |
| **À COMPLÉTER LORSQUE LA PRESCRIPTION DOIT ÊTRE TÉLÉCOPIÉE /** TO BE COMPLETED IF PRESCRIPTION IS FAXED.  **Le médecin doit compléter cette section lors de prescription transmise par télécopieur/** This section must be completed by the physician if this prescription is to be faxed. | |
| **No. télécopieur/** Fax number (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Date et heure de la télécopie** Fax date and time **AA**YY/**M**M/**J**D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00:00 \_\_\_\_\_  **Nom du propriétaire de la pharmacie** Name of the pharmacy’s |
| **Le médecin ci-haut mentionné certifie que**: **1) cette ordonnance est originale; 2) Le pharmacien identifié précité est le seul destinataire;** **3) L’original de cette ordonnance ne sera pas réutilisé.** The above mentioned physician certifies that: 1) This is the original prescriptio; 2) The aforementioned pharmacist is the only recipient; 3) The original prescription will not be re-used. | |

|  |
| --- |
| **TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR** / CONFIDENTIAL FAX TRANSMISSION |
| **Ce message contient de l’information privilégiée, confidentielle et ne pouvant être divulguée. /** This message contains privileged and confidential information, which is not to be disclosed.  **Si vous n’êtes pas le destinataire envisagé de ce message ou une personne autorisée à le recevoir, veuillez communiquer avec le soussigné et ensuite détruire ce message ainsi que toutes les copies pouvant exister.**  If you are not the intended recipient of this message, please contact the undersigned and destroy this message as well as all existing copies. |

**HRV**

**RVH**

**CL**

**LC**

**ITM**

**MCI**

**HGM**

**MGH**

**HNM**

**MNH**

**HME**

**MCH**

X

X

\*FMU-3608\*



**HME**

**MCH**

X

**HGM**

**MGH**

X

**HRV**

**RVH**

X

**Dermatologie: Dermatite–Standard**

**SOINS QUOTIDIENS en prévention /** Daily Preventive Care

**Allergies**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Service**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date** AAYY/MM/JD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HME**

**MCH**

X

**HGM**

**MGH**

X

**HRV**

**RVH**

X

|  |
| --- |
| **► INSTRUCTIONS GÉNÉRAL pour la PEAU saine/** GENERAL INSTRUCTIONS for SKIN health◄ |
| **Cessez de savonner le corps entier: seulement aux endroits spéciaux, (mains/pieds, zones graisseuses, ou malodorants)**  *Stop soaping the whole body: only soap special sites (hands/feet, greasy or smelly zones)*  **Évitez de frotter, e.g. avec exfoliant/ n'importe quel chiffon, serviette, ou éponge lors du nettoyage.****Tapoter pour sécher.**  *Avoid rubbing skin, e.g. with exfoliant/ any cloth/ towel/ sponge when cleansing. Tap to dry.*  ***Évitez les savons liquides: choisissez les nettoyants (*ci-dessous) *sans savon hypoallergéniques pour la peau sensible***  *Avoid liquid soaps: choose hypoallergenic non-soap cleansers (below) for sensitive skin*  **Appliquez des crèmes hydratantes (ci-dessous) généreusement pendant que vous êtes encore humide**  *Apply moisturizers (below) liberally while still damp*  ***Évitez les allergens ,e.g. lingettes humides, produits avec fragrance, démaquillants liquides, vitamine E***  *Avoid allergens, e.g. wet wipes, products with fragrances, liquid makeup removers, vitamin E*  **Évitez de gratter: appliquez de la glace et/ou linges congelés pour soulager les démangeaisons.**  *Avoid scratching: apply ice and/or frozen cloths, or ice packs to treat itch*  **Couper les ongles courtes**/ Cut finger nails short |
| **Les nettoyants sans savon hypoallergéniques pour la peau sensible/** *hypoallergenic non-soap cleansers for sensitive skin* **et/***and*  **les crèmes hydratants *hypoallergéniques* pour la peau sensible /** hypoallergenic moisturizing creams for sensitive skin  **sont disponibles auprès des marques nombreuses, ou voir ci-dessous/** are available from many brands, or see those listed below  **Céramides (ex CeraveR, CutibaseR) ou /** or **équivalent générique /** generic  **Urée /** urea **(ex EucerinR) ou/or équivalent générique /** generic  **À base d’avoine /** oat-based **(ex AveenoR) ou /** or **équivalent générique /** generic  **Base /** Bland **(ex GlaxalR) ou /** or **équivalent générique /** generic  **Autre /** Other **(e.g.LipikarR AP ou /** or **AP+M\*) ou /** or **équivalent générique /** generic  **et/ou /** and/or **Onguent /** Ointment  **ex: AquaphorR, Vaseline**  ***POSOLOGIE/y*****Appliquer généreusement 1-2X par jour; si corps entier ~30g par application. Servir 450g par mois, Rx12**  Apply liberally1-2X/per day to dry skin**;** if whole body ~30g par application. Serve 450g per month, Rx12 |
| **Considerez les bains d'eau de Javel dilué** (**sodium hypochlorite)** **/** Consider dilute bleach baths  **pour un surplus BACTÉRIENNE sur la peau/** forBACTERIAL overgrowth on the skin ***(si/ if present souvent/****often****)***  **selon les directives de votre médecin**/ as directed by your doctor.  **Utilisez 60 ml (quart de tasse/ 2fl oz) d'eau de Javel pour une baignoire d'eau demi-pleine ~75 L (20 gal), ou 120ml si plein bain. Rincez abondamment à l'eau douce. 1-2x par semaine, au besoin**  ***Ne jamais utiliser d’eau de Javel non-diluée directement sur la peau*.**  ***Au cas d'effets secondaires, tels qu'une peau très sèche, ou irritation nasale, arrêtez l'utilisation***  Use 60 ml (quarter cup/ 2fl oz) of bleach for a half-full tub of water~75 L (20 gal), or 120ml if full bath. Rinse thoroughly with fresh water. 1-2x week baths per week, as needed.  *You should never use undiluted bleach directly on the skin. If side effects, such as very dry skin or nasal irritation, stop use.* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du prescripteur /** Prescriber’s signature **Nom en lettres moulées /** Print name **N° permis**/ License No.

|  |  |
| --- | --- |
| **À COMPLÉTER LORSQUE LA PRESCRIPTION DOIT ÊTRE TÉLÉCOPIÉE /** TO BE COMPLETED IF PRESCRIPTION IS FAXED.  **Le médecin doit compléter cette section lors de prescription transmise par télécopieur/** This section must be completed by the physician if this prescription is to be faxed. | |
| **No. télécopieur/** Fax number (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Date et heure de la télécopie** Fax date and time **AA**YY/**M**M/**J**D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 00:00 \_\_\_\_\_  **Nom du propriétaire de la pharmacie** Name of the pharmacy’s |
| **Le médecin ci-haut mentionné certifie que**: **1) cette ordonnance est originale; 2) Le pharmacien identifié précité est le seul destinataire;** **3) L’original de cette ordonnance ne sera pas réutilisé.** The above mentioned physician certifies that: 1) This is the original prescriptio; 2) The aforementioned pharmacist is the only recipient; 3) The original prescription will not be re-used. | |

|  |
| --- |
| **TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR** / CONFIDENTIAL FAX TRANSMISSION |
| **Ce message contient de l’information privilégiée, confidentielle et ne pouvant être divulguée. /** This message contains privileged and confidential information, which is not to be disclosed.  **Si vous n’êtes pas le destinataire envisagé de ce message ou une personne autorisée à le recevoir, veuillez communiquer avec le soussigné et ensuite détruire ce message ainsi que toutes les copies pouvant exister.**  If you are not the intended recipient of this message, please contact the undersigned and destroy this message as well as all existing copies. |

**Annexer la confirmation par télécopieur à la copie jaune** / Attach fax confirmation to Yellow copy

**Original - Pharmacie** / Original – Pharmacy **Copie jaune – Dossier médical** / Yellow copy - Medical Record