

GUIDE DE PRESCRIPTION-GASTRO-3 SUSPICION DE DIVERTICULITE

ALLERGIE : _____

CL_{CR} : _____

PARTIE À REMPLIR SI PRISE EN CHARGE PAR L'ACCUEIL CLINIQUE LE LENDEMAIN SEULEMENT

Ciprofloxacin 500 mg PO, BID pour 3 doses (diminuer la dose à 250 mg PO, BID, si Cl_{cr} inférieure à 30 mL/min.) **NR**
et

Metronidazole 500 mg PO, TID pour 5 doses **NR**

SI ALLERGIE AUX QUINOLONES OU AU MÉTRONIDAZOLE

Amoxicilline + Clavulanate (Clavulin®) 875/125mg PO, BID pour 3 doses (diminuer la dose à 500/125 mg PO, BID si Cl_{cr} inférieure à 30 mL/min.) **NR**

SI ALLERGIE À LA PÉNICILLINE

Sulfaméthoxazole/Triméthoprim (Septra DS®) 800/160 mg PO, BID pour 3 doses au total (diminuer la dose à 400/80 mg PO, BID si Cl_{cr} inférieure à 30 mL/min.) **NR**

et

Metronidazole 500 mg PO, TID pour 5 doses au total **NR**

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT EN TOUT TEMPS

Médication à prendre SI le résultat du scan abdomino-pelvien est POSITIF

Ciprofloxacin 500 mg PO, BID pour 10 jours au total (diminuer la dose à 250 mg PO, BID si Cl_{cr} inférieure à 30 mL/min.) **NR**

et

Metronidazole 500 mg PO, TID pour 10 jours au total **NR**

SI ALLERGIE AUX QUINOLONES OU AU MÉTRONIDAZOLE

Amoxicillin + Clavulanate (Clavulin®) 875/125mg PO, BID pour 10 jours au total (diminuer la dose à 500/125 mg PO, BID si Cl_{cr} inférieure à 30 mL/min.) **NR**

SI ALLERGIE À LA PÉNICILLINE

Sulfaméthoxazole/Triméthoprim (Septra DS®) 800/160 mg PO, BID pour 10 jours au total (diminuer la dose à 400/80 mg PO, BID si Cl_{cr} inférieure à 30 mL/min.) **NR**

et

Metronidazole 500 mg PO, TID pour 10 jours au total **NR**

ANALGÉSIQUE PRN : _____

NOM DU MD/IPS (LETTRES MOULÉES)

PRÉNOM DU MD/IPS (LETTRES MOULÉES)

NUMÉRO DE PERMIS

DATE

SIGNATURE DU MD/IPS