

SOV0367 v1

**GUIDE DE PRESCRIPTION-GASTRO-3
SUSPICION DE DIVERTICULITE**

No de chambre		No de dossier	
Nom			
Prénom			
Date de naissance	No Assurance maladie	Sexe	Expiration
Début d'épisode	Installation	Md Traitant	

ALLERGIE : _____ **CL** _____
CR _____

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

- Ciprofloxacine 500 mg PO, BID pour 3 doses (diminuer la dose à 250 mg PO, BID, si CL_{cr} inférieure à 30 mL/min.) **NR**
- Metronidazole 500 mg PO, TID pour 5 doses **NR**

SI ALLERGIE AUX QUINOLONES OU AU MÉTRONIDAZOLE

- Amoxiciline + 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**

PARTIE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN RÉFÉRENT EN TOUT TEMPS

Médication à prendre après avoir rencontré l'infirmière de l'Accueil Clinique ET selon le résultat du scan abdomino-pelvien.

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

SI ALLERGIE AUX QUINOLONES OU AU MÉTRONIDAZOLE

- Amoxiciline + 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**

ANALGÉSIQUE PRN

Signature MD/IPS : _____ # permis : _____ Date : _____

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge