



CP8293

DEMANDE GÉNÉRALE DE SERVICE - SRSRSD

COORDONNÉES

Médecin :

Lieu de pratique :

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Usager présentement hospitalisé Oui Non

Usager fumeur Usager vit avec des personnes qui fument

DEMANDE DE SERVICE

Diagnostic (en lien avec la demande de service) : _____

Aérosolthérapie

Médication : _____

Fréquence : _____

Durée totale du traitement : _____

Dose test avec chlorure de sodium hypertonique

→ **IMPORTANT** Faire parvenir le CP 11503 - Ordonnance médicale – externe Chlorure de sodium en nébulisation complété pour que nous puissions faire le test selon la concentration finale prescrite.

Si aérosolthérapie d'antibiotique ou Dose test salin Hypertonique, administration préalable de bronchodilatateur :

○ Nom du médicament : _____

○ Nb de bouffées : _____

Enseignement laryngectomie : soins de trachéotomie/trachéostomie

Enseignement pour recrutement alvéolaire (Usager non-admis au PNAVD)

Important : Veuillez noter que le service ne fournit pas les équipements. L'usager doit les acheter.

Autre : _____

FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE SERVICE AU

SRSRSD.IUCPQ@SSSS.GOUV.QC.CA

IMPORTANT

Les demandes incomplètes et / ou illisibles vous seront retournées

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom	# permis
-----	----------

Signature	Date
	Année Mois Jour

SECTION RÉSERVÉE AU SRSRSD

Demande Acceptée Refusée

Signature	Date
	Année Mois Jour