

**ORDONNANCE PLAQUENIL® 200mg (Hydroxychloroquine)****Indication : patients infectés par le SARSCOV-2 (COVID-19)**

Service UA : tel : fax :	conditions de prescription : 1/ refus de participation aux essais cliniques visant à évaluer un traitement 2/ pneumopathie bilatérale, 3/ diagnostic confirmé CoVid (SARS CoV 2)+, 4/ pas de contre-indications (dont interactions médicamenteuses) 5/ signature d'un consentement éclairé pour utilisation hors AMM,		Posologie prescrite : _____ mg x ____ / J soit un total de _____ cp / J ATTENTION VEUILLEZ RESPECTER LE PRINCIPE de ne pas mutualiser les plaquettes entre plusieurs patients ASSOCIATIONS CONTRE-INDIQUEES (majoration tox cardiaque) : citalopram, escitalopram, hydroxyzine, dompéridone, pipéraquline
	Date de la demande : ____/____/____		

Lister ci-dessous les patients pour lesquels le traitement par Plaquenil doit être prescrits

Patient (Coller une étiquette Gilda)	nb de comprimés requis pour un traitement	Partie à remplir par la pharmacie : DATE : ____/____/____	Nom du prescripteur et signature :
		quantité dispensée : ____ cp (1 plaquette) numéro d'ordonnancier : _____	
		quantité dispensée : ____ cp (1 plaquette) numéro d'ordonnancier : _____	
		quantité dispensée : ____ cp (1 plaquette) numéro d'ordonnancier : _____	A remplir par la pharmacie : nom et signature ; tampon de la pharmacie
		quantité dispensée : ____ cp (1 plaquette) numéro d'ordonnancier : _____	
		quantité dispensée : ____ cp (1 plaquette) numéro d'ordonnancier : _____	

