



ORDONNANCE MÉDICAMENTS – TÉLÉCOPIE CLINIQUE EXTERNE D'HÉMATO-ONCOLOGIE

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Installation Chicoutimi
Téléphone : 418-541-1000 #2524
Télécopieur : 418-541-7022 | <input type="checkbox"/> Installation Alma
Téléphone : 418-669-2000 #6650
Télécopieur : 418-662-2469 | <input type="checkbox"/> Installation Dolbeau
Téléphone : 418-276-1234 #4260
Télécopieur : 418-276-4814 | <input type="checkbox"/> Installation Roberval
Téléphone : 418-275-0110 #2140
Télécopieur : 418-275-6635 |
|--|--|---|--|

TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR

Nom du pharmacien / Pharmacie : _____

Télécopieur : _____

Cette ordonnance est entérinée par l'entente de pratique avancée en partenariat conclue entre les pharmaciens et les médecins prescrivant des traitements antinéoplasiques dans les cliniques d'héματο-oncologie du CIUSSS Saguenay Lac-St-Jean.

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

- | | Quantité | Renouvellements |
|---|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Dexaméthasone 8 mg PO DIE au déjeuner jours 2 et 3 OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Aprépitant 80 mg PO DIE au déjeuner jours 2 et 3 OU _____
<input type="checkbox"/> Demande d'exception complétée si applicable | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ondansetron 8 mg PO q8h PRN si nausées OU _____
<input type="checkbox"/> Demande d'exception complétée si applicable | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prochlorpérazine 10 mg PO q6h PRN si nausées OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Metoclopramide 10 mg PO q6h PRN si nausées OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Olanzapine _____ mg PO HS la veille du traitement et x ____ jours après OU _____ | _____ | _____ |

PROPHYLAXIE DES RÉACTIONS D'HYPERSENSIBILITÉ OU D'EFFETS INDÉSIRABLES

- | | Quantité | Renouvellements |
|---|---------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Dexaméthasone 20 mg PO x 2 doses : HS la veille et tôt le matin de la chimio | 10 cos x 4mg | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dexaméthasone 8 mg PO déjeuner et souper x 3 jours, débuter au déjeuner la veille de chimio | 12 cos x 4mg | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dexaméthasone 4 mg PO déjeuner et souper x ____ jours, débuter au déjeuner la veille de chimio | _____ | _____ |

DIARRHÉES ET CONSTIPATION

- | | Quantité | Renouvellements |
|--|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Lopéramide 2 mg PO PRN après chaque diarrhées (max. : ____ cos/24h) OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sennosides 8,6 mg PO DIE à BID PRN si constipation OU _____ (code RAMQ GI28) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> PEG 3550 17 g PO DIE PRN si constipation OU _____ (code RAMQ GI28) | _____ | _____ |

Signature du pharmacien : _____ Numéro de permis : _____

DATE (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ HEURE (hh:mm) : ____:____]

()]

Nom :



Site :
Dossier:

MUCOSITE OU CANDIDOSE OROPHARYNGÉE

- | | Quantité | Renouvellements |
|---|---------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Gargarisme « magique » gargariser (<input type="checkbox"/> et avaler) 15 ml 4 fois par jour si douleurs OU _____
(Diphenhydramine 5 x 25 mg caps + Nystatine 100 000 u/ml 30 ml + cortisone acétate 2 x 25 mg cos + eau ad 250 ml) | <u>250 ml</u> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gargarisme « Pink Lady » gargariser (<input type="checkbox"/> et avaler) 15ml 4 fois par jour si douleurs OU _____
Au moins 1 heure avant les repas.
(Almage ^{MD} ou équiv. 200+200 mg/5 ml 100 ml + Lidocaïne visq. 2 % 100 ml + Diphenhydramine 12,5 mg/5 ml sans alcool 100 ml) | <u>300 ml</u> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gargarisme dexamethasone 0,1 mg/ml gargariser (pas avaler) 10 ml 4 fois par jour si douleurs
(Utiliser la préparation commerciale de liquide oral) | <u>200 ml</u> | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nystatine 100 000 unités/ml gargariser (<input type="checkbox"/> et avaler) 5ml 4 fois par jour pour _____ jours | _____ | _____ |

INSOMNIE

- | | Quantité | Renouvellements |
|---|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Zopiclone _____ mg PO HS PRN si insomnie | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Quétiapine _____ mg PO HS PRN si insomnie | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trazodone _____ mg PO HS PRN si insomnie | _____ | _____ |

RÉACTIONS CUTANÉES

- | | Quantité | Renouvellements |
|--|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Hydrocortisone cr. 1 % app. locale BID PRN si éruption OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bétaméthasone valérate cr. 0,1 % app. locale BID PRN si éruption OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cétirizine 10 mg PO DIE PRN si prurit OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphenhydramine 25 mg à 50 mg PO q4-6h PRN si prurit OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Crème hydratante base (sans parfum) app. locale BID PRN OU _____ | _____ | _____ |

DYSPEPSIE, TROUBLE DE MOTILITÉ GASTRO-INTESTINALE OU HOQUET

- | | Quantité | Renouvellements |
|---|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Pantoprazole 40 mg PO DIE OU _____ (code RAMQ PP12) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dompéridone 10 mg PO TID AC OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Baclofen 5 à 10 mg PO DIE à TID PRN si hoquet OU _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Chlorpromazine _____ mg PO q6h PRN si hoquet OU _____ | _____ | _____ |

AUTRES

- | | Quantité | Renouvellements |
|--------------------------------|----------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | _____ | _____ |

Lors de la transmission par télécopieur, le prescripteur certifie que cette ordonnance est une ordonnance **ORIGINALE**, le pharmacien désigné à la page 1 est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé.

Signature du pharmacien : _____ Numéro de permis : _____

DATE (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ HEURE (hh:mm) : ____:____]

()