

Installation : _____

Dossier : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

RAAC CHIRURGIE COLORECTALE PRE OPERATOIRE EXTERNE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

PRÉPARATION INTESTINALE

Choisir l'une des 5 options suivantes :

_____ Aucune préparation intestinale

Initiales _____ 2 lavements de phosphate de sodium, un la veille et un le matin de la chirurgie Qté : 2 lavements NR

Préparation intestinale PO (en association avec Antibiothérapie PO)

Initiales _____ Polyéthylène glycol (PEG) (Colyte^{MC}, GoLyte^{MC}, PegLyte^{MC}) 2 litres, la veille de la chirurgie Qté : 2 sachets à diluer NR

OU
Initiales _____ Polyéthylène glycol (PEG) (Colyte^{MC}, GoLyte^{MC}, PegLyte^{MC}) 4 litres, la veille de la chirurgie Qté : 1 bouteille 4 L NR

OU
Initiales _____ Picosulfate de sodium (Pico-Salax^{MC}) 1 sachet à 11 h et 1 sachet à 16 h, la veille de la chirurgie Qté : 2 sachets à diluer NR

ANTIBIOPROPHYLAXIE

Antibioprophylaxie PO (en association avec Préparation intestinale PO)

Initiales _____ Métronidazole 500 mg PO x 3 doses à 12 h, 18 h et 23 h la veille de la chirurgie Qté : 6 comprimés 250 mg NR
ET

Initiales _____ Néomycine 1000 mg PO x 3 doses à 12 h, 14 h et 23 h la veille de la chirurgie Qté : 6 capsules 500 mg NR
La néomycine n'est pas commercialisée au Canada et n'est pas couverte par le régime d'assurance maladie du Québec et plusieurs régimes d'assurance privés. La néomycine en capsule peut être commandée chez une pharmacie préparatrice. Il faut prévoir un délai pour l'obtention du produit par la pharmacie communautaire (+/- 2 semaines).

OU
Initiales _____ Métronidazole 500 mg PO x 3 doses à 12 h, 18 h et 23 h la veille de la chirurgie Qté : 6 comprimés 250 mg NR
ET

Initiales _____ Ciprofloxacine 500 mg PO x 2 doses à 12 h et 23 h la veille de la chirurgie Qté : 2 comprimés 500 mg NR

RÉPLÉTION DE FER INTRA VEINEUX (Note : La dose sera ajustée par l'infirmière de préadmission dans un 2^e temps, s'il y a lieu)

Initiales _____ Fer isomaltoside _____ mg IV x 1 dose Qté : selon dose prescrite NR

Préparation : ajouter la dose dans 100 mL de NaCl 0,9% et administrer en 1 heure.

Les fioles doivent être fournies par l'utilisateur.

Réplétion de fer IV recommandée si : ferritine inférieure à 30 mcg/L OU ferritine inférieure à 100 mcg/L avec saturation de transferrine (TSAT) inférieure à 20%. Dose selon tableau ci-bas.

Dose de fer isomaltoside (Monoferric ^{MC}) recommandée en fonction de l'hémoglobine et du poids		
Hémoglobine	Poids inférieur à 70 kg	Poids 70 kg et plus
Supérieure ou égale à 100 g/L	1000 mg	1500 mg
Inférieure à 100 g/L	1500 mg	1500 mg (dose unitaire maximale)

Autre : _____

Nom du pharmacien : _____ Télécopieur : _____

Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé.

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)