

Hôpital du Suroît

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT DE L'HYPOKALIÉMIE INDUITE  
PAR UN TRAITEMENT ANTICANCÉREUX  
CLINIQUE EXTERNE D'ONCOLOGIE - Hôpital du Suroît**

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm  
Allergies : \_\_\_\_\_

**Hypokaliémie**

|           |                                                                                 |             |             |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| _____     | Chlorure de potassium (K-Dur <sup>MC</sup> ) 20 mEq PO DIE                      | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales |                                                                                 |             |             |
| _____     | Chlorure de potassium (K-Dur <sup>MC</sup> ) _____ mEq PO _____                 | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales |                                                                                 |             |             |
| _____     | Chlorure de potassium (Slow-K <sup>MC</sup> ) 8 mEq PO DIE                      | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales |                                                                                 |             |             |
| _____     | Chlorure de potassium (Slow-K <sup>MC</sup> ) _____ mEq PO _____                | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales |                                                                                 |             |             |
| _____     | Chlorure de potassium (Kay Ciel <sup>MC</sup> ) 20 mEq/15 mL _____ mEq PO _____ | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales |                                                                                 |             |             |

Autre : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Information complémentaire**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ Le pharmacien prescrit dans le cadre d'une entente de partenariat avec les oncologues

Oncologue ou hémato-oncologue traitant de l'usager : \_\_\_\_\_ # permis : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date et heure (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_

Signature du prescripteur

\_\_\_\_\_

# permis

☐ Fax envoyé par \_\_\_\_\_ (init.)

Heure d'envoi : \_\_\_\_\_

Ordonnance relevée par : \_\_\_\_\_ (init. inf.)