

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

ADMISSION EN HEBERGEMENT DEPENDANCE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Cette ordonnance se veut un complément pour supporter le sevrage qui doit être individualisé par le prescripteur au besoin.

MÉDICAMENTS

_____ Acétaminophène 325 à 650 PO q 6 h si douleur ou fièvre

Initiales

_____ Ibuprofène 200 à 400 mg PO q 4 à 6 h si douleur ou maux de tête. Max : 120 mg par jour si ne prend pas déjà d'autres AINS

Initiales

_____ Polyéthylène glycol (PEG 3350) 17 g PO DIE à BID si constipation

Initiales

_____ DimenhyDRINATE 50 mg PO ou IR q 4 h PRN si nausées et/ou vomissements. Max : 8 doses par jour

Initiales

_____ Loperamide 4 mg PO STAT puis 2 mg PO après chaque selle diarrhéique. Max : 16 mg par jour

Initiales

Cesser les laxatifs si loperamide débuté puis, par la suite, faire préciser la conduite par le prescripteur pour la réintroduction des laxatifs

_____ Glaxal base application locale sur région affectée QID si besoin si peau sèche. Quantité : _____ g

Initiales

_____ Trazodone 50 mg PO DIE HS PRN si insomnie

Initiales

_____ Thiamine (vitamine B1) 100 mg PO DIE

Initiales

_____ Pyridoxine (vitamine B6) 50 mg PO DIE

Initiales

_____ Acide folique 5 mg PO DIE

Initiales

_____ Multivitamines 1 co PO DIE

Initiales

Autre : _____

La durée de validité de l'ordonnance est de 4 semaines.

- Fournir une FADM et un profil pharmacologique complet de l'utilisateur incluant toute médication régulière.
- Ordonnance valide uniquement lors du séjour en hébergement dépendance. La pharmacie qui dessert les installations doit se conformer aux règles de distribution en vigueur.

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)