

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

**AGITATION, AGRESSIVITE ET SYMPTOMES
PSYCHOTIQUES EN DELIRIUM OU SCPD***

CLIENTELE GERIATRIQUE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Principes à respecter

- Privilégier les approches non-pharmacologiques
- Trouver la dose minimale efficace
- Réévaluer quotidiennement la pertinence des antipsychotiques et surveiller les effets indésirables (sédation, hypotension, hypotension orthostatique, signes extra-pyramidaux)
- Sevrer la médication lorsque possible
- Indications recommandées pour l'utilisation des médicaments en PRN = Agitation motrice ou verbale, agressivité motrice ou verbale ou présence de symptômes psychotiques

Préciser indications : _____

1) Halopéridol (Dose initiale recommandée = 0,25 mg à 1 mg)

**Recommandé en 1^{ière} intention lors d'une utilisation PRN sauf
chez les usagers atteints de démence à corps de Lewy ou de maladie de Parkinson*

_____ Halopéridol ☐ 0,25 mg ou ☐ _____ mg PO BID **régulier**

Initiales

_____ Halopéridol ☐ 0,25 mg ou ☐ _____ mg ☐ SC ou ☐ IM q 1 h **PRN** (max. _____ doses/24 heures)

Initiales

(Dose maximale quotidienne recommandée = 2 mg)

2) Quétiapine (Dose initiale recommandée = 12,5 mg à 25 mg)

**À privilégier pour les usagers atteints de démence à corps de Lewy ou de maladie de Parkinson*

_____ Quétiapine ☐ 12,5 mg ou ☐ _____ mg ☐ DIE HS ou ☐ BID **régulier**

Initiales

_____ Quétiapine ☐ 12,5 mg ou ☐ _____ mg PO BID **PRN**

Initiales

(Dose maximale quotidienne recommandée = 100 mg)

3) Risperidone (Dose initiale recommandée = 0,25 mg)

_____ Risperidone 0,25 mg ou ☐ _____ mg PO ☐ DIE HS ou ☐ BID **régulier**

Initiales

_____ Risperidone 0,25 mg ou ☐ _____ mg PO BID **PRN**

Initiales

(Dose maximale quotidienne recommandée = 2 mg)

4) Olanzapine (Dose initiale recommandée = 1,25 mg à 2,5 mg)

_____ Olanzapine ☐ 1,25 mg ou ☐ _____ mg PO HS **régulier**

Initiales

(Dose maximale quotidienne recommandée = 5 mg)

Autre : _____

* SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)