

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom, Prénom de la mère : _____

INFLUENZA USAGER DE 12 ANS ET MOINS

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATION

- ☐ Traitement de l'influenza A ou B chez l'enfant de 12 ans et moins
☐ Prévention de l'influenza A ou B chez l'enfant de 12 ans et moins

TRAITEMENT DE L'INFLUENZA A OU B

_____ Oseltamivir 30 mg BID x 5 jours ou _____ jours **15 kg et moins**

Initiales

_____ Oseltamivir 45 mg BID x 5 jours ou _____ jours **15,1 à 23 kg**

Initiales

_____ Oseltamivir 60 mg BID x 5 jours ou _____ jours **23,1 à 40 kg**

Initiales

_____ Oseltamivir 75 mg BID x 5 jours ou _____ jours **40,1 kg et plus**

Initiales

N.B. L'utilisation de l'oseltamivir reste non-officielle pour les enfants de moins de 12 mois. La Société canadienne de pédiatrie suggère une dose de 3 mg/kg/dose BID en traitement si l'état de l'enfant le requiert

_____ Oseltamivir 3 mg/kg/dose soit _____mg BID x 5 jours ou _____ jours

Initiales

PRÉVENTION DE L'INFLUENZA A OU B

_____ Oseltamivir 30 mg DIE x 10 jours ou _____ jours **15 kg et moins**

Initiales

_____ Oseltamivir 45 mg DIE x 10 jours ou _____ jours **15,1 à 23 kg**

Initiales

_____ Oseltamivir 60 mg DIE x 10 jours ou _____ jours **23,1 à 40 kg**

Initiales

_____ Oseltamivir 75 mg DIE x 10 jours ou _____ jours **40,1 kg et plus**

Initiales

N.B. L'utilisation de l'oseltamivir reste non-officielle pour les enfants de moins de 12 mois. La Société canadienne de pédiatrie suggère une dose de 3 mg/kg DIE en prévention si l'état de l'enfant le requiert et ce **seulement pour les enfants de plus de 3 mois**

_____ Oseltamivir 3 mg/kg/dose soit _____mg DIE x 5 jours ou _____ jours

Initiales

La prophylaxie peut durer jusqu'à 14 jours lorsque le cas primaire est un enfant ou une personne âgée. Lors d'éclosion en établissement de soins de santé, la prophylaxie devrait être maintenue durant 14 jours au minimum et jusqu'à 7 jours après le début des symptômes du dernier cas.

Ce document est pour un usager avec fonction rénale normale

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)