

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

TRAITEMENT DE LA DOULEUR/TOUX/DYSPNEE EN SOINS PALLIATIFS

Autres symptômes : voir OIPI-789

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Quantité : Qté	Quantité totale : QT	Fraction : F	Servir : S	En réserve : R	Pharmacie communautaire
Ren : Renouvellement	TM : Transmuqueux				
MORPHINE					
_____ Morphine _____ mg q _____ h régulier			☐ PO ☐ TM	QT : _____ S : ☐	
initiales _____			☐ sol. orale _____ mg/mL	F : _____ R : ☐	
_____ Morphine sol. inj 10 mg/mL _____ mg SC q _____ h régulier				QT : _____ S : ☐	
initiales _____			Si dose supérieure à 20 mg, servir HP 50 mg/mL.	F : _____ R : ☐	
_____ Morphine LA 12 h _____ mg PO ☐ q 12 h ☐ _____ régulier				QT : _____ S : ☐	
initiales _____				F : _____ R : ☐	
_____ Morphine LA 24 h _____ mg PO ☐ q 24 h ☐ _____ régulier				QT : _____ S : ☐	
initiales _____			Seule la capsule de 10 mg est disponible au formulaire CISSMO. Une substitution automatique pour morphine LA 12 heure à dose équivalente est en place	F : _____ R : ☐	
_____ Morphine _____ mg q _____ h PRN			☐ PO ☐ TM	QT : _____ S : ☐	
initiales _____			☐ sol. orale _____ mg/mL	F : _____ R : ☐	
_____ Morphine sol. inj 10 mg/mL _____ mg SC q _____ h PRN .				QT : _____ S : ☐	
initiales _____			Si dose supérieure à 20 mg, servir HP 50 mg/mL.	F : _____ R : ☐	
HYDROMORPHONE					
_____ HYDROmorphone _____ mg q _____ h régulier			☐ PO ☐ TM	QT : _____ S : ☐	
initiales _____			☐ sol. orale 1 mg/mL	F : _____ R : ☐	
_____ HYDROmorphone sol. inj 2 mg/mL _____ mg SC q _____ h régulier .				QT : _____ S : ☐	
initiales _____			Si dose supérieure à 4 mg, servir HP 10 mg/mL.	F : _____ R : ☐	
_____ HYDROmorphone LA 12 h _____ mg PO ☐ q 12 h ☐ _____ régulier				QT : _____ S : ☐	
initiales _____				F : _____ R : ☐	
_____ HYDROmorphone LA 24 h _____ mg PO ☐ q 24 h ☐ _____ régulier				QT : _____ S : ☐	
initiales _____			Non remboursé par la RAMQ et non disponible au formulaire CISSMO	F : _____ R : ☐	
_____ HYDROmorphone _____ mg q _____ h PRN			☐ PO ☐ TM	QT : _____ S : ☐	
initiales _____			☐ sol. orale 1 mg/mL	F : _____ R : ☐	
_____ HYDROmorphone sol. inj 2 mg/mL _____ mg SC q _____ h PRN .				QT : _____ S : ☐	
initiales _____			Si dose supérieure à 4 mg, servir HP 10 mg/mL.	F : _____ R : ☐	

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

TRAITEMENT DE LA DOULEUR/TOUX/DYSPNÉE EN SOINS PALLIATIFS (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

OXYCODONE			
_____ initiales	Oxycodone _____ mg q _____ h régulier	☐ PO ☐ TM	QT : _____ S : ☐ F : _____ R : ☐
_____ initiales	Oxycodone LA 12 h _____ mg PO ☐ q 12 h ☐ _____ régulier		QT : _____ S : ☐ F : _____ R : ☐
_____ initiales	Oxycodone _____ mg q _____ h PRN	☐ PO ☐ TM	QT : _____ S : ☐ F : _____ R : ☐
FENTANYL			
_____ initiales	Fentanyl timbre cutané _____ mcg/h ☐ q 3 jours ☐ q _____ jours		QT : _____ S : ☐ F : _____ R : ☐
_____ initiales	Fluticasone inh 125 mcg 1 à 4 vaporisation(s) sur la peau avant l'application du timbre		Qté : _____ S : ☐ Ren : _____ R : ☐
MÉTHADONE			
_____ initiales	Méthadone _____ mg ☐ TID ☐ _____ régulier	☐ PO ☐ TM	QT : _____ S : ☐ F : _____ R : ☐
_____ initiales	Méthadone _____ mg q _____ h PRN	☐ sol. orale _____ mg/mL ☐ PO ☐ TM	QT : _____ S : ☐ F : _____ R : ☐
_____ initiales	☐ Omettre si somnolence et aviser médecin/IPS	☐ sol. orale _____ mg/mL	QT : _____ S : ☐ F : _____ R : ☐
Autre: _____ _____ _____			QT : _____ S : ☐ F : _____ R : ☐

Prévoir l'ajout de laxatif(s) avec l'utilisation d'opiacés

Contacter le médecin/IPS traitant ou de garde

_____ Si symptômes persistent malgré _____ doses PRN en 24 heures

_____ initiales

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 _____ (initiales)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (initiales)