

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

TRAITEMENT DES AUTRES SYMPTÔMES EN SOINS PALLIATIFS

Douleur/Toux/Dyspnée : voir OIPI-788

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Quantité: Qté Renouvellement : Ren Servir : S En réserve : R TM : Transmuqueux IN : Intranasal IR : Intrarectal				Pharmacie communautaire
ANXIÉTÉ / INSOMNIE / MYOCLONIES				
_____	Lorazépam _____ mg q _____ h régulier	☐ PO ☐ TM ☐ subl. ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Lorazépam _____ mg q _____ h PRN	☐ PO ☐ TM ☐ subl. ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Midazolam ☐ 2,5 mg ☐ _____ mg q _____ h régulier	☐ SC ☐ IN ☐ TM	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Midazolam ☐ 2,5 mg ☐ _____ mg q _____ h PRN	☐ SC ☐ IN ☐ TM	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
Administration IN : utiliser dispositif Teleflex Medical #MAD300				
AGITATION / CONFUSION				
_____	Halopéridol ☐ 1 mg ☐ _____ mg q _____ h régulier	☐ PO ☐ TM ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Halopéridol ☐ 1 mg ☐ _____ mg q _____ h PRN, max _____ mg/24 h, si TM servir sol. inj.	☐ PO ☐ TM ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Méthotriméprazine ☐ 5 mg ☐ _____ mg q _____ h régulier	☐ PO ☐ TM ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Méthotriméprazine ☐ 5 mg ☐ _____ mg q _____ h PRN	☐ PO ☐ TM ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
NAUSÉES / VOMISSEMENTS / HOQUET				
_____	Halopéridol ☐ 0,5 mg ☐ _____ mg q _____ h régulier	☐ PO ☐ TM ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Halopéridol ☐ 0,5 mg ☐ _____ q _____ h PRN, max _____ mg/24h si TM servir sol. inj.	☐ PO ☐ TM ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Metoclopramide ☐ 5 mg ☐ 10 mg QID (administrer AC 30 min) régulier	☐ PO ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Metoclopramide ☐ 5 mg ☐ 10 mg q _____ h PRN	☐ PO ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Prochlorpérazine 10 mg q _____ h régulier	☐ PO ☐ IR	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	Prochlorpérazine 10 mg q _____ h PRN	☐ PO ☐ IR	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	DimenHYDRINATE ☐ 50 mg ☐ _____ mg q _____ h régulier	☐ PO ☐ IR ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales				
_____	DimenHYDRINATE ☐ 50 mg ☐ _____ mg q _____ h PRN	☐ PO ☐ IR ☐ SC	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
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 _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

TRAITEMENT DES AUTRES SYMPTÔMES EN SOINS PALLIATIFS (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

RÂLES / SÉCRÉTIONS		
_____ Glycopyrrolate ☐ 0,2 mg ☐ _____ mg SC q _____ h régulier , ☐ _____ mg SC q _____ h PRN	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
_____ Scopolamine ☐ 0,4 mg ☐ _____ mg SC q _____ h régulier , ☐ _____ mg SC q _____ h PRN	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
Si glycopyrrolate et scopolamine sont prescrits, administrer seulement une des deux molécules. Privilégier le glycopyrrolate si préservation de l'état de conscience est souhaitée.		
_____ Furosémide ☐ 40 mg ☐ _____ mg q _____ h PRN x 3 doses ☐ SC ☐ IV en 2 minutes	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
CONSTIPATION (GI 28 ☐ GI 27 ☐)		
_____ PEG3350 (Lax-a-day) ☐ 17 g ☐ _____ g PO ☐ DIE ☐ BID ☐ Autre : _____ ☐ Régulier ☐ PRN	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
_____ Sennosides 8,6 mg _____ PO ☐ DIE ☐ BID ☐ Autre : _____ ☐ Régulier ☐ PRN	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
_____ Glycérine supp. + bisacodyl supp. q _____ jour(s) ☐ Régulier ☐ PRN	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
_____ Fleet lavement ☐ régulier ☐ huileux _____	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
_____ Xylocaïne 2% gel 15 minutes avant le curage rectal	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
CONVULSIONS SUPÉRIEURES À 2 MINUTES ET NON RÉSOLUES		
_____ Midazolam ☐ 5 mg ☐ _____ mg X 1 dose, répéter après 10 min PRN. ☐ SC ☐ IN ☐ TM	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____ Si persistance, aviser médecin. Administration IN : utiliser dispositif Teleflex Medical #MAD300		
AUTRES		
_____ Larmes artificielles _____	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
_____ Gel ophtalmique _____	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
_____ Moistir* / Biotène* / Oral Balance* ☐ Spray ☐ Gel buccal _____	Qté : _____ S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		
_____ Nystatin 100 000 unités/mL solution orale 5 mL, gargariser et avaler QID X 14 jours	Qté : 300 mL S: ☐	Ren : _____ R: ☐
Initiales _____		

AUTRE ORDONNANCE :

* Ce produit n'est pas fourni par la pharmacie, il est disponible au magasin central

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 _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)