

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

MEDICATION PRE ET POST CHIMIOThERAPIE GENERALE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

MÉDICAMENTS		Qté : Quantité	Ren : Renouvellement
Initiales	Aprépitant 125 mg PO 1 h avant chimiothérapie, 80 mg PO DIE X 2 jours à débuter le matin du jour 2. <i>Médicament d'exception RAMQ</i>	Qté : 1 Tri-pack (125-80-80)	Ren : _____
Initiales	Palonosetron-Netupitant 0,5 mg-300 mg 1 capsule PO 1 h pré chimiothérapie <i>Médicament d'exception RAMQ.</i>	Qté : 1 cap	Ren : _____
Initiales	Ondansétron 8 mg PO BID X 2 jours À débuter le lendemain de la chimiothérapie. <i>Médicament d'exception RAMQ</i>	Qté : 4 co de 8 mg	Ren : _____
Initiales	Dexaméthasone _____ mg PO _____ fois par jour pour _____ doses	Qté : _____ co de 4 mg	Ren : _____
Initiales	Olanzapine 5 mg PO HS x _____ jours À débuter la veille de la chimiothérapie	Qté : _____ co de 5 mg	Ren : _____
Initiales	Prochlorpérazine 10 mg PO q 4 h PRN si nausées	Qté : 30 co de 10 mg	Ren : _____
Initiales	Prochlorpérazine 10 mg IR q 4 h PRN si nausées	Qté : 10 supp de 10 mg	Ren : _____
Initiales	Métoclopramide 10 mg PO _____ fois par jour PRN.	Qté : 30 co de 10 mg	Ren : _____
Initiales	Lopéramide 4 mg STAT et 2 mg après chaque selle diarrhéique (max 16 mg/jour ou 8 co/jour). À débuter si diarrhées	Qté : 30 co de 2 mg	Ren : _____
Initiales	Rince-bouche magique (50 mg d'hydrocortisone, 120 mL de diphenhydrAMINE 12,5 mg/5 mL, 30 mL de nystatine 100 000 unités/mL, eau ad 390 mL) 15 mL PO QID PRN en gargarisme <i>Magistrale à préparer seulement au besoin.</i>	Qté : 390 mL	Ren : _____
Initiales	Filgrastim ☐ 300 mcg ☐ 480 mcg SC DIE x _____ jours au moins 24 h post chimiothérapie (J _____ à _____) Code RAMQ : HE129	Qté : _____ inj	Ren : _____
Initiales	Pegfilgrastim 6 mg SC x 1 dose, administrer 24 h post chimiothérapie (J _____) Code RAMQ : HE359	Qté : _____ inj ou auto-injecteur	Ren : _____
Autre : _____		Qté : _____	Ren : _____
☐ Le pharmacien prescrit dans le cadre d'une entente de partenariat avec les oncologues Oncologue ou hémato-oncologue traitant de l'usager : _____ # permis : _____			

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.)