

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
A POTENTIEL EMETISANT FAIBLE**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

MÉDICAMENTS		Qté : Quantité	Ren : Renouvellement
_____	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			
À ajouter si nécessaire :			
_____	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			
_____	Lopéramide 4 mg STAT et 2 mg après chaque selle diarrhéique (max 16 mg/jour ou 8 co/jour) <i>À débiter si diarrhées</i>	Qté : 30 co de 2 mg	Ren : _____
Initiales			
_____	Si docétaxel, dexaméthasone 8 mg BID déjeuner et souper pour 3 jours (6 doses) <i>À débiter le matin, la veille de la chimiothérapie (3 doses pré docétaxel et 3 doses post docétaxel)</i>	Qté : 12 co de 4 mg	Ren : _____
Initiales			
Autre : _____		Qté : _____	Ren : _____
☐ Le pharmacien prescrit dans le cadre d'une entente de partenariat avec les oncologues Oncologue ou héματο-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.)