

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 MODERE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

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	_____		
_____	Dexaméthasone 8 mg PO DIE au déjeuner x 2 jours	Qté : 4 co de 4 mg	Ren : _____
Initiales	À débiter le lendemain de la chimiothérapie.		
	Protocole FLOT		
_____	Dexaméthasone 2 co (8 mg) PO BID pour 7 doses	Qté : 14 co de 4 mg	Ren : _____
Initiales	À débiter le matin, la veille de la chimiothérapie		
_____	Ondansétron 8 mg PO BID x 2 jours. Si dexaméthasone contre-indiquée.	Qté : 4 co de 8 mg	Ren : _____
Initiales	À débiter le lendemain de la chimiothérapie.		
	Médicament d'exception RAMQ.		
À ajouter si nécessaire :			
_____	Rince-bouche magique (50 mg d'hydrocortisone, 120 mL de	Qté : 390 mL	Ren : _____
Initiales	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		
	Magistrale à préparer seulement au besoin.		
_____	Lopéramide 4 mg STAT et 2 mg après chaque selle diarrhéique	Qté : 30 co de 2 mg	Ren : _____
Initiales	(max 16 mg/jour ou 8 co/jour), À débiter si diarrhées		
_____	Si irinotécane, lopéramide 4 mg STAT, puis 2 mg q 2 h le jour et 4 mg q 4 h la nuit	Qté : 30 co de 2 mg	Ren : _____
Initiales	À débiter si diarrhées, poursuivre jusqu'à 12 heures sans diarrhée.		
_____	Diclofénac gel 1,16% 2 g au total, soit 1 unité de bout de doigts (0,5 g) en	Qté : 1 tube 100 g	Ren : _____
Initiales	application sur la paume des mains et la plante des pieds BID x 12 sem		
	(prophylaxie). Cesser si apparition d'érythème palmoplantaire.		
_____	Filgrastim ☐ 300 mcg ☐ 480 mcg SC DIE x _____ jours au moins 24 h	Qté : _____ inj	Ren : _____
Initiales	post-chimiothérapie (J_____à _____) Code RAMQ : HE129		
_____	Pegfilgrastim 6 mg SC x 1 dose, administrer 24 h post chimiothérapie	Qté : _____ inj ou	Ren : _____
Initiales	(J_____) Code RAMQ : HE359	auto-injecteur	
Autre : _____		Qté : _____	Ren : _____
☐ Le pharmacien prescrit dans le cadre d'une entente de partenariat avec les oncologues			
Oncologue ou hématologue 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 : _____ (initiales)