

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

MEDICATION PRE ET POST CHIMIOOTHERAPIE 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 Initiales _____	Qté : 30 co de 10 mg	Ren : _____
Prochlorpérazine 10 mg IR q 4 h PRN si nausées Initiales _____	Qté : 10 supp de 10 mg	Ren : _____
Dexaméthasone 8 mg PO DIE au déjeuner X 2 jours Initiales _____ <i>À débiter le lendemain de la chimiothérapie.</i>	Qté : 4 co de 4 mg	Ren : _____
<i>Protocole FLOT</i>		
Dexaméthasone 2 co (8 mg) PO BID pour 7 doses Initiales _____ <i>À débiter le matin, la veille de la chimiothérapie</i>	Qté : 14 co de 4 mg	Ren : _____
Ondansétron 8 mg PO BID X 2 jours Initiales _____ <i>Si dexaméthasone contre-indiquée.</i> <i>À débiter le lendemain de la chimiothérapie.</i> <i>Médicament d'exception RAMQ.</i>	Qté : 4 co de 8 mg	Ren : _____
À ajouter si nécessaire :		
Rince-bouche magique (50 mg d'hydrocortisone, 120 mL de 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 <i>Magistrale à préparer seulement au besoin.</i>	Qté : 390 mL	Ren : _____
Lopéramide 4 mg STAT et 2 mg après chaque selle diarrhéique Initiales _____ (max 16 mg/jour ou 8 co/jour) <i>À débiter si diarrhées</i>	Qté : 30 co de 2 mg	Ren : _____
Si irinotécan, lopéramide 4 mg STAT, puis 2 mg aux 2 h le jour et 4 mg Initiales _____ aux 4 h la nuit <i>À débiter si diarrhées, poursuivre jusqu'à 12 h sans diarrhée.</i>	Qté : 30 co de 2 mg	Ren : _____
Filgrastim ☐ 300 mcg ☐ 480 mcg SC DIE x _____ jours au moins 24 h Initiales _____ post-chimiothérapie (J _____ à _____) Code RAMQ : HE129	Qté : _____ inj	Ren : _____
Pegfilgrastim 6 mg SC x 1 dose, administrer 24 h post chimiothérapie Initiales _____ (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.)