

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 AVEC PEMETREXED (ALIMTA^{MC})

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

MÉDICAMENTS		Qté : Quantité	Ren : Renouvellement
_____	Acide folique 1 mg PO DIE	Qté : 30 co de 1 mg	Ren : _____
Initiales	À débuter 1 semaine avant le premier cycle de chimiothérapie. Poursuivre en continu jusqu'à 3 semaines après la dernière dose de pemetrexed.		
_____	Vitamine B12 1000 mcg, 1 injection IM q 9 semaines	Qté : 1 amp de 1000 mcg	Ren : _____
Initiales	À débuter 1 semaine avant le premier cycle de chimiothérapie. Poursuivre en continu jusqu'à 3 semaines après la dernière dose de pemetrexed.		
_____	Dexaméthasone 4 mg BID, déjeuner et souper, à débuter la veille de la chimiothérapie pour 3 doses pré chimiothérapie		
Initiales	ET		
	☐ 3 doses post chimiothérapie (si pemetrexed seul)	Qté : 6 co de 4 mg	Ren : _____
	☐ 5 doses post chimiothérapie (si pemetrexed avec carboplatin)	Qté : 8 co de 4 mg	Ren : _____
	☐ 7 doses post chimiothérapie (si pemetrexed avec cisplatine)	Qté : 10 co de 4 mg	Ren : _____
À ajouter si nécessaire :			
_____	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			
_____	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	Qté : 390 mL	Ren : _____
Initiales	Magistrale à préparer seulement au besoin.		
_____	Lopéramide 4 mg STAT et 2 mg après chaque selle diarrhéique (max 16 mg/jour ou 8 co/jour)	Qté : 30 co de 2 mg	Ren : _____
Initiales	À débuter si diarrhées		
_____	Si irinotécane, lopéramide (Imodium) 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 débuter si diarrhées, poursuivre jusqu'à 12 h sans diarrhée.		
Autre : _____		Qté : _____	Ren : _____
☐ Le pharmacien prescrit dans le cadre d'une entente de partenariat avec les oncologues			
Oncologue ou hématologue traitant de l'utilisateur : _____		# 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.)