

Installation : _____

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

TRAITEMENT

SOINS DE SUPPORT POUR LES ANTI-EGFR

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

Intention thérapeutique

TRAITER les effets indésirables cutanés des anti-EGFR

Éruption cutanée

_____	Lotion de Clindamycine 2% + hydrocortisone 1% appliquer BID X 4 semaines (préparation magistrale, non couvert par la RAMQ)	Qté : 60 mL Ren : _____
_____	Lotion de clindamycine 1% appliquer BID X 4 semaines	Qté : 60 mL Ren : _____
_____	Crème d'hydrocortisone 1% appliquer BID aux régions affectées X 4 semaines	Qté : 100 g Ren : _____
_____	Crème de valérate de bétaméthasone 0,1% appliquer BID aux régions affectées X 4 semaines	Qté : 100 g Ren : _____
_____	Lotion de valérate de bétaméthasone 0,1% appliquer sur le cuir chevelu HS X 4 semaines	Qté : 1 Tube Ren : _____

Si pas utilisé en prophylaxie ou si dose préventive de minocycline DIE n'est pas efficace

_____	Minocycline 100 mg PO BID x 4 semaines OU	Qté : 56 caps Ren : _____
_____	Doxycycline 100 mg PO BID x 4 semaines (à privilégier en présence d'insuffisance rénale)	Ren : _____

Sécheresse/fissures cutanées ou prurit

_____	Crème d'urée (maximale 10%) ou d'avoine colloïdale ou à base de pétrole appliquer BID	Qté : 450 g Ren : _____
_____	Crème d'oxyde de zinc 13-40% (surtout si fissures) appliquer BID	Qté : 450 g Ren : _____
_____	Crème de désionide 0.05% appliquer BID	Qté : 1 Tube Ren : _____
_____	Cétirizine 10 mg PO DIE PRN (à privilégier pour utilisation le jour)	Qté : 30 co Ren : _____
_____	Diphenhydramine ☐ 25 mg OU ☐ 50 mg PO aux 4-6 heures PRN (à privilégier pour utilisation le soir ou la nuit)	Qté : _____ Ren : _____
_____	Hydroxyzine ☐ 10 mg ou ☐ 25 mg PO aux 4-6 heures (maximum : 100 mg/jour) PRN (à privilégier pour utilisation le soir ou la nuit)	Qté : _____ Ren : _____

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Fax envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

TRAITEMENT
SOINS DE SUPPORT POUR LES ANTI-EGFR
(SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

Périonyxis (la prescription d'une tétracycline orale est recommandée)

_____	Crème de clobétasol 0,05% appliquer autour des ongles BID	Qté : 1 Tube
initiales		Ren : _____
_____	Onguent d'acide fusidique 2% appliquer autour des ongles BID	Qté : 1 Tube
initiales		Ren : _____
_____	Bain javellisant dilué à 0,005% (2,5 mL d'hypochlorite 4% dans 2 L d'eau ou	Qté : _____
initiales	2,5 mL d'hypochlorite 6% dans 3 L d'eau) trempage pendant 15 minutes BID	Ren : _____

Autres : _____ Qté : _____
 _____ Ren : _____

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Fax envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)