

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

MEMANTINE POUR LE TRAITEMENT DES SCPD*

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

La mémantine est couverte par la RAMQ lorsqu'utilisée en monothérapie chez les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer de stade modéré ou sévère vivant à domicile. L'ordonnance doit être utilisée afin de justifier son usage pour le traitement des SCPD chez la clientèle hospitalisée en attente d'hébergement ou déjà hébergée en CHSLD.

Spécifier le ou les traitement(s) déjà tentés et détailler :

Spécifier la ou les raison(s) d'utilisation de la mémantine et détailler :

- ☐ Symptômes psychotiques : _____
- ☐ Agitation : _____
- ☐ Agressivité : _____
- ☐ Irritabilité : _____

Pour des usagers atteints d'une maladie d'Alzheimer d'intensité modérée à sévère, le traitement des SCPD à l'aide de la mémantine devrait se poursuivre jusqu'à ce que les bienfaits cliniques ne puissent plus être démontrés.

POSOLOGIE :

_____ Mémantine 5 mg PO DIE

Initiales

La progression des doses devra être prescrite sur le formulaire d'ordonnance usuel selon la réévaluation des symptômes

Recommandations au médecin : La dose de départ est 5 mg DIE. Augmenter la dose par paliers de 5 mg par jour à intervalle d'au moins une semaine en fonction de la réponse clinique et de la tolérance de l'usager. Les doses de plus de 5 mg par jour doivent être administrées en 2 prises (la plus forte dose étant administrée le matin). La dose doit être ajustée selon la fonction rénale (voir plus bas). La dose maximale usuelle est de 20 mg/jour.

Insuffisance rénale :

Si clairance créat. inférieure à 50 mL/min : limiter la dose à 5 mg BID. Selon la réponse clinique et la tolérance, la dose peut être portée à 10 mg BID (max : 20 mg/jour) selon les modalités d'ajustement posologique habituelles.

Si clairance créat. inférieure 30 mL/min : limiter la dose à 5 mg BID (max : 10 mg/jour)

*SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

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