

Hôpital du Suroît

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION INDUITE PAR UN  
TRAITEMENT ANTICANCEREUX  
CLINIQUE EXTERNE D'ONCOLOGIE – Hôpital du Suroît**

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm  
Allergies : \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                    |                                                        |                  |             |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------|
| _____                                                                                                                                                                                              | Polyéthylène glycol 17 g dans 240 mL de liquide PO DIE | Code RAMQ : GI28 | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales                                                                                                                                                                                          | _____                                                  |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              | Sennosides 8,6 mg PO BID PRN                           | Code RAMQ : GI28 | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales                                                                                                                                                                                          | _____                                                  |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              | Sennosides _____ mg PO _____                           | Code RAMQ : GI28 | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales                                                                                                                                                                                          | _____                                                  |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              | Lactulose 667 mg/mL _____ mL PO _____                  | Code RAMQ : GI28 | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales                                                                                                                                                                                          | _____                                                  |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              | Glycérine 2,7 g supp IR _____                          | Code RAMQ : GI28 | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales                                                                                                                                                                                          | _____                                                  |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              | Bisacodyl 5 mg PO DIE                                  | Code RAMQ : GI28 | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales                                                                                                                                                                                          | _____                                                  |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              | Bisacodyl _____ mg PO _____                            | Code RAMQ : GI28 | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales                                                                                                                                                                                          | _____                                                  |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              | Bisacodyl 10 mg supp IR DIE PRN                        | Code RAMQ : GI28 | Qté : _____ | Ren : _____ |
| Initiales                                                                                                                                                                                          | _____                                                  |                  |             |             |
| Autre : _____                                                                                                                                                                                      |                                                        |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              |                                                        |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              |                                                        |                  |             |             |
| Information complémentaire                                                                                                                                                                         |                                                        |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              |                                                        |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              |                                                        |                  |             |             |
| _____                                                                                                                                                                                              |                                                        |                  |             |             |
| <input type="checkbox"/> Le pharmacien prescrit dans le cadre d'une entente de partenariat avec les oncologues<br>Oncologue ou hémato-oncologue traitant de l'utilisateur : _____ # permis : _____ |                                                        |                  |             |             |

|                                                   |                           |                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| _____                                             | _____                     | _____                                       |
| Date et heure (aaaa/mm/jj)                        | Signature du prescripteur | # permis                                    |
| <input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.) | Heure d'envoi : _____     | Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.) |