

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

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

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

	Qté : Quantité	Ren : Renouvellement
Initiales _____ Benzocaïne gel buccal (ex : Orajel ^{MC} /Anbesol ^{MC} /Oragard-B ^{MC}) appliquer sur les lésions douloureuses QID PRN avec un coton-tige (ne pas manger x 1 h après l'application)	Qté : 1 tube	Ren : _____
Initiales _____ Rince-bouche magique 15 mL PO QID PRN en gargarisme x 2 min (cracher ou avaler) ad guérison. (hydrocortisone 50 mg, 120 mL de diphenhydramine 12,5 mg/5 mL, 30 mL de nystatine 100 000 unités/mL, eau ad 390 mL)	Qté : 390 mL	Ren : _____
Initiales _____ Nystatin 100 000 unités/mL 5 mL en gargarisme QID puis cracher ou avaler x 7 à 14 jours	Qté : 200 mL	Ren : _____
Initiales _____ Triamcinolone (Kenalog ^{MC}) orabase 0,1% appliquer sur aphtes buccaux HS (Augmenter à BID – TID PRN PC si non suffisant)	Qté : 1 tube	Ren : _____
Initiales _____ Lidocaïne visqueuse 2% appliquer sur lésions douloureuses aux 4 h PRN	Qté : 100 mL	Ren : _____
Initiales _____ Rince-bouche de dexaméthasone 0,1 mg/mL sans alcool (formulation magistrale), 10 mL PO QID PRN en gargarisme x 2 min et recracher, ad guérison. (5 mL dexaméthasone phosphate sodique 4 mg/mL solution injectable, Ora-Blend solution orale ad 200 mL)	Qté : 200 mL	Ren : _____
Autre : _____		
Information complémentaire		

☐ Le pharmacien prescrit dans le cadre d'une entente de partenariat avec les oncologues		
Oncologue ou hémato-oncologue traitant de l'usager : _____ # permis : _____		

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