

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

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

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
 Allergies : _____

_____	Acide alginique + aluminium (Gaviscon ^{MC}) liquide 15 à 30 mL PO QID PRN	Qté : 1 bouteille	Ren : _____
Initiales			
_____	Acide alginique 200 mg + aluminium 80 mg (Gaviscon ^{MC}) 1 à 2 comprimé(s) QID PRN	Qté : 1 boîte	Ren : _____
Initiales			
_____	Aluminium 200 mg + magnésium 200 mg (Diovol ^{MC} , Maalox ^{MC}) 15 à 30 mL PO QID PRN	Qté : 1 bouteille	Ren : _____
Initiales			
_____	Antiacide carbonate de calcium (Tums ^{MC}) 1 à 2 comprimé(s) QID PRN	Qté : 1 boîte	Ren : _____
Initiales			
_____	Ranitidine 150 mg PO DIE	Qté : _____	Ren : _____
Initiales			
_____	Ranitidine _____ mg PO _____ (maximum 300 mg/jour)	Qté : _____	Ren : _____
Initiales			
_____	Famotidine 20 mg PO DIE	Qté : _____	Ren : _____
Initiales			
_____	Famotidine _____ mg PO _____ (maximum 40 mg/jour)	Qté : _____	Ren : _____
Initiales			
_____	Dexlansoprazole 30 mg PO DIE	Code RAMQ : PP205	Qté : _____ Ren : _____
Initiales			
_____	Dexlansoprazole 60 mg PO DIE	Code RAMQ : PP205	Qté : _____ Ren : _____
Initiales			
_____	Pantoprazole 40 mg PO DIE	Code RAMQ : PP205	Qté : _____ Ren : _____
Initiales			
_____	Pantoprazole 40 mg PO BID	Code RAMQ : PP205	Qté : _____ Ren : _____
Initiales			
Autre : _____			

Information complémentaire			

☐ Le pharmacien prescrit dans le cadre d'une entente de partenariat avec les oncologues			
Oncologue ou héματο-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.)