

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

DALBAVANCINE INTRAVEINEUSE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

La dalbavancine injectable est en usage restreint aux microbiologistes-infectiologues.

Considérant les données limitées sur le risque d'allergie croisée, la dalbavancine est à utiliser avec prudence chez les usagers avec un antécédent d'hypersensibilité aux glycopeptides/lipoglycopeptides (vancomycine, téicoplanine, télavancine, oritavancine)

Diagnostic : _____

INDICATION

L'utilisation de la dalbavancine est indiquée pour le traitement des infections bactériennes aiguës de la peau et des tissus mous, sans égard à une étiologie infectieuse à SARM, chez les adultes nécessitant une thérapie intraveineuse, **ET** répondant à au moins un des critères ci-dessous :

- ☐ Utilisateur de drogue intraveineuse – toxicomanie
- ☐ Problématique psychosociale rendant l'usager à risque d'inobservance au traitement ou au suivi
- ☐ Autres options thérapeutiques épuisées (contre-indication [allergie, intolérance ou autre] ou échec thérapeutique aux autres options)

POSOLOGIE

_____ Dalbavancine 1500 mg IV x 1 dose

Initiales

Si insuffisance rénale :

_____ Clairance de la créatinine inférieure à 30 mL/min (sans hémodialyse) : dalbavancine 1000 mg IV x 1 dose
(Selon monographie canadienne)

Initiales

_____ Hémodialyse intermittente 3 fois par semaine : dalbavancine 1500 mg IV x 1 dose post-dialyse

Initiales

Les données disponibles étant limitées, aucune recommandation ne peut être émise pour une utilisation en dialyse péritonéale.

Exclusivement compatible avec des solutions de dextrose 5%

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)