

Installation : _____

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

ANALGESIQUES TOPIQUES DOULEUR NEUROPATHIQUE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATION

Les critères suivants doivent être respectés :

- ☐ Traitement de douleur neuropathique lorsque les traitements systémiques de première intention sont insuffisants, non tolérés ou contre-indiqués, que la peau est saine et que sa surface ne dépasse pas 100 cm² ;
- ☐ Un essai de médication PO a été fait avec : _____

La préparation de kétamine 7% + lidocaïne 10% doit être essayée pendant au moins 28 jours avant d'ajouter la phénytoïne ou le baclofène à la préparation.

TRAITEMENT

Quantité = Qté Renouvellement = Ren F = Fractionnement

- ☐ Douleur neuropathique
_____ ☐ lidocaïne 2 % gel* ☐ Lidocaïne 5 % ong.* ☐ lidocaïne 10 % Diffusimax10** Qté : _____ Ren : _____
Initiales _____ Kétamine 7% + Lidocaïne 10% Base Transdermal**, 50 g Qté : _____ F : _____
Initiales _____ Kétamine 7% + Lidocaïne 10% + Phénytoïne 10% Base Transdermal**, 50 g Qté : _____ F : _____
Initiales _____
- ☐ Douleur mixte (neuropathique et musculaire avec spasmes)
_____ Kétamine 7% + Lidocaïne 10% + Phénytoïne 10% + Baclofène 3% Base Qté : _____ F : _____
Initiales _____ Transdermal**, 50 g

POSOLOGIE

appliquer localement ☐ 0,5 g ☐ 1 g ☐ _____ g sur (préciser la région du corps) _____
N.B. 0,5 g couvre une surface de 10 cm² ☐ BID régulier ☐ TID régulier Autre : _____

- ☐ Douleur mixte accompagnée d'inflammation – ajout d'un anti-inflammatoire topique
_____ Diclofenac gel 1,16%* ☐ TID régulier ☐ QID régulier Qté : _____ Ren : _____
Initiales _____ Autre posologie : _____
entre les applications de l'autre crème (kétamine 7% + lidocaïne 10% + phénytoïne 10% + baclofène 3%)

* Produit commercial disponible

**Préparation magistrale : délai possible

DURÉE DE TRAITEMENT (28 jours minimum recommandé)

- ☐ 28 jours puis réévaluation par le prescripteur
- ☐ Durée indéterminée, réévaluation par le prescripteur en cours de traitement

COMMENTAIRES

Si une ordonnance est faite avec une préparation magistrale non disponible au formulaire d'établissement, le prescripteur doit :

- Remplir le formulaire suivant et le retourner à la pharmacie pour le traitement de la demande
<https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/demande-utilisation-medicament-emergent-necessite-medicale-particuliere>

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

_____ Heure d'envoi :

_____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)