

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

ANALGESIQUES OPIOIDES TOPIQUES PLAIE DOULOUREUSE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATION

Les critères suivants doivent être respectés :

- Traitement de douleur NON neuropathiques d'une plaie localisée lorsque les traitements systémiques de première intention sont insuffisants, non tolérés ou contre-indiqués. La plaie peut être ouverte ou inflammée. La plaie doit être sans exsudat excessif et la présence de tissus mort doit se limiter à une surface maximale de 100 cm² ;
- Un essai de médication PO a été fait avec : _____

TRAITEMENT

Quantité = Qté F = Fractionnement

Initiales _____ Morphine 0,2% gel en pompe 50 g** (0,5 g/pression), appliquer localement _____ g Qté : _____ F : _____
sur plaie (préciser la région du corps) _____ max 1 g / 100 cm²

☐ Aux changements de pansement

☐ TID régulier

☐ QID régulier

Autre posologie : _____

Initiales _____ Morphine 10 mg/mL sol. inj ampoule de 1 mL* (plaie sans exsudat) Qté : _____ F : _____

Lors du changement de pansement, prélever le contenu de l'ampoule avec une seringue de 3 mL munie d'une aiguille de 25 ou 27 G. Faire gicler la solution sur la plaie (préciser la région du corps) _____
15 à 30 minutes avant débridement.

Initiales _____ Méthadone 1% dans Stomahésive poudre 28 g** (plaie avec exsudat) Qté : _____ F : _____

Lors du changement de pansement, nettoyer la plaie (préciser la région du corps) _____
puis la saupoudrer de la préparation avant de refaire le pansement.

* Produit commercial disponible

**Préparation magistrale : délai possible

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.)