

|  |  |
| --- | --- |
| **ORDONNANCE**  **INDIVIDUELLE**  **PRÉFORMATÉE** | **No** [OIP-CEMTL-00000] |
| **TITRE**  [Titre ] | **Date d’entrée en vigueur** :  Mois AAAA (Compléter) |
| **Date de la dernière révision :**  Mois AAAA (Compléter si applicable) |
| **Date prévue de la prochaine révision** :  Mois AAAA (Compléter si applicable) |

**ÉTABLISSEMENT(S) VISÉ(S)**

* CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

**INSTALLATION(S) VISÉE(S)**

**HMR**  Bloc opératoire Angus

**IUSMM**

**HSCO**  CHSLD Dante

**PDI** :  CHSLD FS  CHSLD JJ  CHSLD PJT  CHSLD JHB

CLSC EM  CLSC RDP  CLSC ME

**LT** : CHSLD MR  CHSLD JLB  CHSLD NI  CHSLD ÉL

CHSLD RC  CHSLD BVR  CE JHC

CLSC HM  CLSC OG  CLSC RO

**SLSM** :  CHSLD JFP  CHSLD SM

CLSC SL  CLSC SM

**CHSLD PMCS**

SAD  Secteur Proxi

Clinique IPSPL (intra-CIUSSS-EMTL)  GMF (intra-CIUSSS-EMTL)

Santé scolaire des écoles secondaires et CEGEP

Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECTEUR(S) D’ACTIVITÉ(S) VISÉ(S)**

* (Compléter).

**PERSONNEL VISÉ**

* (Compléter).

**CLIENTÈLE VISÉE**

* (Compléter).

**INSCRIPTION AU DOSSIER**

* Obligatoire.

**OUTILS DE RÉFÉRENCE ET SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES**

* (Compléter)

**ÉLABORATION DE LA VERSION ACTUELLE**

Rédigée par : (Compléter)

En collaboration avec : (Compléter)

Révisée par : (Compléter si le document est une révision)

Validation de la version actuelle:

* Comité consultatif ordonnances et protocoles
  + Philippe Bouchard, pharmacien, coordonnateur pratiques collaboratives, DSP
  + Sabrina Sanzari, cheffe adjointe du département de pharmacie – affaires professionnelles, DSP, responsable du comité des ordonnances et protocoles
  + Aylnide Nathalus, chef de service, développement de l’expertise infirmière en santé physique, DSI
  + Amélie Lacroix, conseillère cadre aux pratiques professionnelles en nutrition clinique, DSM
  + Mélissa Lalonde, chef de service au développement et maintien de l'expertise en soins infirmiers, DSI
  + Stéphanie Lalonde-Gagnon, conseillère cadre aux pratiques professionnelles, volet activités respiratoires, DSM

**APPROBATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Chef du département de (compléter)  Dr(e) Prénom Nom |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Chef du département de (compléter)  Dr(e) Prénom Nom |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Chef du service de (compléter)  Dr(e) Prénom Nom |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Directrice adjointe - Pratiques professionnelles et excellence en soins infirmiers, DSI  Carole Leblanc |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Cheffe adjointe du département de pharmacie – affaires professionnelles, DSP  Responsable du comité des ordonnances et protocoles  Sabrina Sanzari |  | Date |

**CONSERVATION DU DOCUMENT**

* Version originale et signée disponible au département de pharmacie du CEMTL – inst. Maisonneuve-Rosemont.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Code : Texte |   Indication 1 (texte) | |
| ⬜ Indication 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cycle\_\_\_ de \_\_\_\_ Durée : **x jours** | |
| Taille :\_\_\_\_ cm Poids :\_\_\_\_ kg Surface : \_\_\_\_ m2 corporelle | Allergies/intolérances :  ⭘ Non ⭘ Oui   |  | | --- | |  | |  | |
| Dose cumulative d’anthracycline : \_\_\_\_ mg/m2  (DOXOrubicine) |
| **Date prévue d’administration**  Jour 1 : \_\_\_\_\_\_\_\_ (aa/mm/jj)  Jour 8 : \_\_\_\_\_\_\_\_ (aa/mm/jj) | **Traitement retardé** Date(aa/mm/jj) Init.  Jour 1 :­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_ (aa/mm/jj) \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  Jour 8 :­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_ (aa/mm/jj) \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  Motif :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Validation inf. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (aa/mm/jj) |
| **JOUR 1 – Conditions d’initiation** (dans les 48 heures) | Labos du : Conformité Pharmacien  respectée Init.  J1 : \_\_\_\_\_\_\_\_ ⭘ Oui ⭘ Non cf modif­ \_\_\_\_\_\_\_\_  J8 : \_\_\_\_\_\_\_\_ ⭘ Oui ⭘ Non cf modif­ \_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | Commentaires : |  |   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Neutrophiles Plaquettes (texte)  (Texte) (Texte) (texte)   |  |  | | --- | --- | | ⬜ Ajouter : |  | |
| **Hydratation** (~~Raturer~~ pour exclure) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
| * Texte * Texte * Texte  |  |  | | --- | --- | | ⬜ Ajouter : |  | |
| **Prémédication** (~~Raturer~~ pour exclure)  **30 minutes avant la chimiothérapie**   * Texte ⭘ Texte ⭘ Texte * Texte ⭘ Texte ⭘ Texte  |  |  | | --- | --- | | ⬜ Ajouter : |  | | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |   **SUITE PAGE 2** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOUR 1 SUITE –**  **Thérapie contre le cancer** (~~Raturer~~ pour exclure) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
| **Respecter l’ordre d’apparition pour l’administration des médicaments**  ⭘ (Texte) mg/m2 = \_\_\_\_\_\_\_\_mg  ⭘ Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/m2 = \_\_\_\_\_\_\_\_mg  (Texte) |
| **Texte** (texte) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
|  |
| **Texte** (texte) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |   **SUITE PAGE 3** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOUR 1 SUITE –**  **Thérapie contre le cancer** (~~Raturer~~ pour exclure) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
| **Respecter l’ordre d’apparition pour l’administration des médicaments**  ⭘ (Texte) mg/m2 = \_\_\_\_\_\_\_\_mg  ⭘ Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/m2 = \_\_\_\_\_\_\_\_mg  (Texte) |
| **Texte** (texte) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
|  |
| **Texte** (texte) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |   **SUITE PAGE 4** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOUR 1 SUITE –**  **Thérapie contre le cancer** (~~Raturer~~ pour exclure) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
| **Respecter l’ordre d’apparition pour l’administration des médicaments**  ⭘ (Texte) mg/m2 = \_\_\_\_\_\_\_\_mg  ⭘ Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/m2 = \_\_\_\_\_\_\_\_mg  (Texte) |
| **Texte** (texte) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
|  |
| **Texte** (texte) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |   **SUITE PAGE 5** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **JOUR 1 SUITE –**  **Chimiothérapie** (~~Raturer~~ pour exclure) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
| **Respecter l’ordre d’apparition pour l’administration des médicaments**  ⭘ (Texte) mg/m2 = \_\_\_\_\_\_\_\_mg  ⭘ Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mg/m2 = \_\_\_\_\_\_\_\_mg  (Texte) |
| **Texte** (texte) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
|  |
| **Texte** (texte) | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |   **SUITE PAGE 6** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médication** (~~Raturer~~ pour exclure)  **Post-chimiothérapie et prophylaxie** | Modifications   |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : |  |  | | --- | |  | |  | | Date : Init. : | |
| * Dexamethasone 4 mg/co. 1 co. PO DIE J2 et 3 * (4 mg/co.) * Prochlorperazine 10 mg/co.: 1 co. PO q 4-6 heures PRN   ⬜ (médicament) 00 mg/co. : 1 co. PO q 4 heures |
| **Rendez-vous** | **Laboratoires** |
| ⬜ RV dans \_\_\_\_ sem. après le J1 du cycle en cours  ⬜ Le cycle en cours est le dernier. RV dans \_\_\_\_ sem. | **Avant chaque cycle** (pas plus de 48 heures pré traitement)   * Texte * Texte * Texte * Texte  |  |  | | --- | --- | | ⬜ Ajouter : |  | |
| Références Texte **ORDONNANCE EXTERNE : CF. LA PAGE SUIVANTE** | |
| **Section réservée à la validation du pharmacien** (Nécessaire avant le début du traitement)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom du pharmacien Signature du pharmacien # permis Date (aa/mm/jj) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ORDONNANCE EXTERNE** | | | |
| **À REMETTRE À VOTRE PHARMACIEN** | | | |
| **Médications post-chimiothérapie et prophylaxie** (~~Raturer~~ pour exclure) | | | |
| **Médication**  **(Concentration)** | **Posologie** | **Quantité à servir** | **Renouvellements** |
| * Dexamethasone   (4 mg/co.) | 2 co. PO BID 48 heures  Débuter avec le souper  le soir de la chimiothérapie | 8 co. |  |
| * Prochlorperazine   (10 mg/co.) | 1 co. PO aux 4 ou 6 heures  au besoin, si nausée | 20 co. |  |
|  |  |  |  |
| ⬜ Filgrastim (cocher si requis)  ⭘ Grastofil MD  ⭘ Nivestym MD  ⭘ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⭘ 300 mcg SC DIE  (usager 45 à 79 kg)  ⭘ 480 mcg SC DIE  (usager 80 à 109 kg)  ⭘ 600 mcg SC DIE  (usager 110 kg et plus)  ⭘ \_\_\_\_\_\_ mcg (5 mcg/kg)  SC DIE  Débuter jour 2 : \_\_\_\_\_\_\_\_  (aa/mm/jj)  Pour 7 jours  **Modalités de remboursement**  RAMQ : Code HE 129  Assureurs privés : formulaire d’exception transmis à l’assureur et usager informé du programme de support au patient |  |  |
| **AUTRES :** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |