

|  |  |
| --- | --- |
| **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, DSICarole Leblanc |  | Date |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Cheffe adjointe du département de pharmacie – affaires professionnelles, DSPResponsable 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 heuresDébuter avec le souperle 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 129Assureurs privés : formulaire d’exception transmis à l’assureur et usager informé du programme de support au patient |  |  |
| **AUTRES :** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |