

Ordonnance pré-imprimée: Soins-palliatifs à domicile

Identification du patient

Nom: _____

Prénom: _____

NAM: _____

Numéro de téléphone: _____

Date: _____

Clinique/CLSC: _____

Si Douleur légère ou fièvre:

Acétaminophène 325 mg 2 comprimés PO q 4h PRN (# _____ REN _____)

Acétaminophène 650 mg 1 suppositoire IR q 4h PRN (# _____ REN _____)

Si Douleur ou Dyspnée:

(naïf aux opioïdes)

Morphine 2,5 mg PO q 1 h PRN

(# _____ morphine 5 mg co. servir _____ à la fois)

Morphine 1,5 mg SC q 1 h PRN

(# _____ seringues morphine inj, servir _____ à la fois) *seringue préparée par le pharmacien*

ou

(# _____ morphine 10 mg/ml 1 ml, servir _____ à la fois)

HYDROmorphone 0,5 mg PO q 1 h PRN

(# _____ HYDROmorphone 1 mg co. servir _____ à la fois)

HYDROmorphone 0,2 mg SC q 1 h PRN

(# _____ seringues hydromorphone inj. servir _____ à la fois) *seringue préparée par le pharm.*

ou

(# _____ hydromorphone 2 mg/ml 1 ml amp. servir _____ à la fois)

Prévention et traitement de la constipation

Laxaday 17 g po DIE (# _____ REN _____) (GI 28)

Si pas de selles depuis 3 jrs: suppositoire glycérine IR DIE PRN (# _____ REN _____)(GI 28)

Si pas de selles depuis 3 jrs: supp. bisacodyl 10 mg IR DIE PRN (# _____ REN _____)(GI 28)

Si suppositoires inefficaces: Lavement fleet IR DIE PRN (GI 28)

Signature du prescripteur: _____

Nom, prénom du prescripteur: _____

Licence: _____

Nom de la pharmacie: _____

Numéro de télécopieur: _____

Cette ordonnance est une ordonnance originale. Le pharmacien désigné ci-dessus est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé. Préparée par Sarah Girard, Pharm D, M Sc.

Ordonnance pré-imprimée: Soins-palliatifs à domicile

Identification du patient

Nom: _____

Prénom: _____

NAM: _____

Numéro de téléphone: _____

Date: _____

Clinique/CLSC: _____

Si Douleur légère ou fièvre:

Acétaminophène 325 mg 2 comprimés PO q 4h PRN (# _____ REN _____)

Acétaminophène 650 mg 1 suppositoire IR q 4h PRN (# _____ REN _____)

Si Douleur ou Dyspnée: (10% de la dose quotidienne)

Morphine _____ mg PO q 1 h PRN

(# _____ morphine ____ mg co. servir _____ à la fois) *comprimé de 5 et 10 mg disponibles*

Morphine _____ mg SC q 1 h PRN

(# _____ seringues morphine inj, servir _____ à la fois) *seringue préparée par le pharmacien*

ou

(# _____ morphine ____ mg/ml 1 ml, servir _____ à la fois) (10 mg/ml ou 50 mg/ml)

HYDROmorphone _____ mg PO q 1 h PRN

(# _____ HYDROmorphone ____ mg co. servir _____ à la fois) *comprimé 1,2,4 et 8 mg dispo.*

HYDROmorphone ____ mg SC q 1 h PRN

(# _____ seringues hydromorphone inj. servir _____ à la fois) *seringue préparée par le pharm.*

ou

(# _____ hydromorphone ____ mg/ml 1 ml amp. servir _____ à la fois) (2 mg/ml ou 10 mg/ml)

Prévention et traitement de la constipation

Laxaday 17 g po DIE (# _____ REN _____) (GI 28)

Si pas de selles depuis 3 jrs: suppositoire glycérine IR DIE PRN (# _____ REN _____)(GI 28)

Si pas de selles depuis 3 jrs: supp. bisacodyl 10 mg IR DIE PRN (# _____ REN _____)(GI 28)

Si suppositoires inefficaces: Lavement fleet IR DIE PRN (GI 28)

Signature du prescripteur: _____

Nom, prénom du prescripteur: _____

Licence: _____

Nom de la pharmacie: _____

Numéro de télécopieur: _____

Cette ordonnance est une ordonnance originale. Le pharmacien désigné ci-dessus est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé. Préparée par Sarah Girard, Pharm D, M Sc.

Ordonnance pré-imprimée: Soins-palliatifs à domicile

Identification du patient

Nom: _____

Prénom: _____

NAM: _____

Numéro de téléphone: _____

Date: _____

Clinique/CLSC: _____

Si Nausées / Vomissements /Hallucinations:

Halopéridol 0,5 mg PO/SL/TM q 4 h PRN (# _____ REN _____)

Halopéridol 0,5 mg SC q 4 h PRN

(# _____ seringues halopéridol inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ halopéridol 5 mg/ml 1 ml REN _____)

Si Anxiété /Insomnie /Myoclonies / Dyspnée réfractaire aux opioïdes:

LORazépam 0,5 mg PO/SL/TM q 4 h PRN (# _____ REN _____)

LORazépam 0,5 mg SC q 4 h PRN

(# _____ seringues lorazépam inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ lorazépam 4 mg/ml 1 ml REN _____)

Midazolam 2,5 mg SC/SL/TM q 2 h PRN

(# _____ seringues midazolam inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ midazolam 5 mg/ml 1 ml REN _____)

SI Râles:

Glycopyrrolate (Robinul) 0,4 mg SC q 2 h PRN

(# _____ seringues glycopyrrolate inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ glycopyrrolate 0,2 mg/ml 2 ml REN _____)

Scopolamine 0,4 mg SC q 2 h PRN

(# _____ seringues scopolamine inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ scopolamine 0,4 mg/ml 1 ml REN _____)

Atropine 1% sol. opht. 1 à 2 gouttes SL q 4h PRN (# _____ REN _____)

TM: Peut être administrée par voie bucco-gingivale (ou transmuqueuse buccale)

Signature du prescripteur: _____

Nom, prénom du prescripteur: _____ Licence: _____

Nom de la pharmacie: _____

Numéro de télécopieur: _____

Cette ordonnance est une ordonnance originale. Le pharmacien désigné ci-dessus est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé. Préparée par Sarah Girard, Pharm D, M Sc.

Ordonnance pré-imprimée: Soins-palliatifs à domicile

Identification du patient

Nom: _____

Prénom: _____

NAM: _____

Numéro de téléphone: _____

Date: _____

Clinique/CLSC: _____

Si Nausées / Vomissements /Hallucinations:

Halopéridol _____ mg PO/SL/TM q 4 h PRN (# _____ REN _____)

Halopéridol _____ mg SC q 4 h PRN

(# _____ seringues halopéridol inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ halopéridol 5 mg/ml 1 ml REN _____)

Si Anxiété /Insomnie /Myoclonies / Dyspnée réfractaire aux opioïdes:

LORazépam _____ mg PO/SL/TM q 4 h PRN (# _____ REN _____)

LORazépam _____ mg SC q 4 h PRN

(# _____ seringues lorazépam inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ lorazépam 4 mg/ml 1 ml REN _____)

Midazolam _____ mg SC/SL/TM q 2 h PRN

(# _____ seringues midazolam inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ midazolam 5 mg/ml 1 ml REN _____)

SI Râles:

Glycopyrrolate (Robinul) _____ mg SC q 2 h PRN

(# _____ seringues glycopyrrolate inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ glycopyrrolate 0,2 mg/ml 2 ml REN _____)

Scopolamine _____ mg SC q 2 h PRN

(# _____ seringues scopolamine inj, REN _____) *seringue préparée par le pharmacien*
ou

(# _____ scopolamine 0,4 mg/ml 1 ml REN _____)

Atropine 1% sol. opht. 1 à 2 gouttes SL q 4h PRN (# _____ REN _____)

TM: Peut être administrée par voie bucco-gingivale (ou transmuqueuse buccale)

Signature du prescripteur: _____

Nom, prénom du prescripteur: _____ Licence: _____

Nom de la pharmacie: _____

Numéro de télécopieur: _____

Cette ordonnance est une ordonnance originale. Le pharmacien désigné ci-dessus est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé. Préparée par Sarah Girard, Pharm D, M Sc.

Ordonnance pré-imprimée: Soins-palliatifs à domicile

Identification du patient

Nom: _____

Prénom: _____

NAM: _____

Numéro de téléphone: _____

Date: _____

Clinique/CLSC: _____

Si Détresse respiratoire / hémorragique : q 20 min x 2 PRN

Midazolam 5 mg SC (administrer en 1er)

Midazolam _____ mg SC (administrer en 1er)

(# _____ seringues midazolam inj, REN _____)

ou

(# _____ midazolam 5 mg/ml 1 ml REN _____)

ET

Morphine 5 mg SC

Morphine _____ mg SC

(# _____ seringues morphine inj, servir _____ à la fois)

ou

(# _____ morphine _____ mg/ml 1 ml, servir _____ à la fois)

HYDROmorphone 1 mg SC

HYDROmorphone _____ mg SC

(# _____ seringues hydromorphone inj. servir _____ à la fois)

ou

(# _____ hydromorphone _____ mg/ml 1 ml amp. servir _____ à la fois)

ET

Scopolamine 0,4 mg SC

Scopolamine _____ mg SC

(# _____ seringues scopolamine inj, REN _____)

ou

(# _____ scopolamine 0,4 mg/ml 1 ml REN _____)

Signature du prescripteur: _____

Nom, prénom du prescripteur: _____

Licence: _____

Nom de la pharmacie: _____

Numéro de télécopieur: _____

Cette ordonnance est une ordonnance originale. Le pharmacien désigné ci-dessus est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé. Préparée par Sarah Girard, Pharm D, M Sc.