

ORDONNANCES-MÉDICAMENTS

Poids réel : _____ (kg) Poids maigre : _____ (kg)

Poids de dosage : _____ (kg) Taille : _____ (cm)

Diagnostic : _____

Allergies : _____

Renseignements cliniques : _____

PROTOCOLE DE CHIMIOTHÉRAPIE

FLUOROURACILE (perfusion IV continue) avec RADIOTHÉRAPIE concomitante

(Cancer du rectum, stades II et III)

- Traitement **néoadjuvant** (i. e. préopératoire)
- Traitement **adjuvant** (au cycle 3, i. e. post-C₁ et C₂ de 5-FU en bolus IV et pré-C₄ et C₅ de 5-FU en bolus IV)

Durée d'administration : **7 jours/7**

Hospitalisé

Externe

Fréquence d'administration : **q 1 sem. X 6 sem.**

Surface corporelle : _____ m²

A. CHIMIOTHÉRAPIE

* **ORDONNANCE DE DÉPART** valide **pour 6 semaines**, soit pendant toute la durée des 28 séances du traitement de radiothérapie.

Sem. 1 à 6, à débiter le : _____.

- **5-Fluorouracile** _____ mg (225 mg/m²/j X 7 jours) ad 255 ml D5 % en perfusion IV continue à 1,5 ml/h (via infuseur LV 1,5) pendant 7 jours sur 7 (i. e. en 168 h).

- En prévention des mucosites et de l'altération du goût** : à domicile, croquettes de glace « ice chips » X 10 min qid et répéter au besoin.
- En prévention du larmolement** : à domicile, application de glace sur les paupières X 10 min qid et répéter au besoin.

Sem. 1, à débiter le : _____ Dose servie : _____ mg Pharm : _____

Branchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Débranchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Sem. 2, à débiter le : _____ Dose servie : _____ mg Pharm : _____

Branchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Débranchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Sem. 3, à débiter le : _____ Dose servie : _____ mg Pharm : _____

Branchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Débranchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Sem. 4, à débiter le : _____ Dose servie : _____ mg Pharm : _____

Branchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Débranchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Sem. 5, à débiter le : _____ Dose servie : _____ mg Pharm : _____

Branchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Débranchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Sem. 6, à débiter le : _____ Dose servie : _____ mg Pharm : _____

Branchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

Débranchement de l'infuseur : Date/heure : _____ Infirmière : _____

* **ORDONNANCE MODIFIÉE** (ex. : lors de toxicité nécessitant une réduction de la dose ou lors d'un changement d'horaire de branchement d'infuseur consécutivement à des jours fériés non-ouvrables, etc.).

Sem. ____ à débiter le : _____ MD : _____ Pharm : _____ Date : _____

- 5-Fluorouracile _____ mg ($225 \text{ mg/m}^2/\text{j}$ X _____ jours) ad _____ ml D5 % en perfusion IV continue à _____ ml/h (via infuseur LV _____) pendant _____ jours sur _____ (i. e. en _____ h).

Sem. ____ à débiter le : _____ MD : _____ Pharm : _____ Date : _____

- 5-Fluorouracile _____ mg ($225 \text{ mg/m}^2/\text{j}$ X _____ jours) ad _____ ml D5 % en perfusion IV continue à _____ ml/h (via infuseur LV _____) pendant _____ jours sur _____ (i. e. en _____ h).

Sem. ____ à débiter le : _____ MD : _____ Pharm : _____ Date : _____

- 5-Fluorouracile _____ mg ($225 \text{ mg/m}^2/\text{j}$ X _____ jours) ad _____ ml D5 % en perfusion IV continue à _____ ml/h (via infuseur LV _____) pendant _____ jours sur _____ (i. e. en _____ h).

B. ANTIÉMÉTIQUES

- **Stemetil**[®] 10 à 20 mg PO ou IR q 4-6 h si nausées ou vomissements.

Autres (pour ajustement du traitement antinauséeux) :

Gravol[®] 50 mg PO ou 100 mg IR q 6 h si nausées ou vomissements.

Motilium[®] 10 mg PO tid, soit ½ h à 1 h ac.

C. AUTRES

- **Imodium**[®] 2 mg. Si diarrhée : 2 co. immédiatement, puis 1 co. après chaque selle diarrhéique (max. 8 co./jour).

Médecin

Pharmacien

Date