

Comité régional sur les services pharmaceutiques de Montréal

## ÉLÉMENTS ESSENTIELS SUR UNE ORDONNANCE ATIVAD

### Identification du patient

- Nom complet du patient
- Date de naissance ou RAMQ
- Assureur : assurance privée, RAMQ, CSST, SAAQ
- Téléphone cellulaire et deuxième numéro si disponible
- Nom d'au moins une personne ressource désignée par le patient

### Diagnostic/indication

#### Renseignements cliniques

- Allergies/Intolérances
- Poids
- Taille
- Surface corporelle si nécessaire

### Prélèvements/dosages avec dates

#### Type de cathéter (périphérique, central ou autres)

- Date d'installation
- Tubulures avec # de voies

### Signature et permis du prescripteur avec date de rédaction

### Date du prochain rendez-vous

#### Information sur l'administration et la préparation du médicament

- Médicament
- Début de traitement/date de fin de traitement
- Date de la prochaine dose
- Posologie avec horaire
- Précision sur recette et programmation si établissement fourni matériel, sinon au choix de la pharmacie
  - Concentration
  - Volume à perfuser
  - Dose
  - Débit dose
  - Durée intervalle
  - Débit minimal
  - Durée/dose
- Mode d'administration (pompe, gravité, seringue, perfuseur élastomérique)
- Mention de servir quantité de médicament suffisante jusqu'au prochain rendez-vous
- Irrigation du cathéter avec posologie
  - Seringues de NaCl 0.9% avec format en mL et quantité à servir (ou jusqu'à prochain rendez-vous)

- Seringues d'héparine avec posologie (teneur, volume) et quantité à servir (ou jusqu'à prochain rendez-vous)

**Heure d'administration de la première dose**

**Numéro de téléphone de l'unité avec poste**

- Nom de l'infirmière responsable avec signature
- Numéro de téléphone du lieu du suivi médical

**Consentement du patient à partager info avec sa pharmacie communautaire si ne figure pas déjà dans le dossier-patient**

- Durée de validité du consentement