

1 Est-ce que la situation répond aux indications et conditions de l'OC visée ?

NON? >>>

Si oui, passer à l'étape 2

OUI NON

Présence d'une irritation cutanée inflammatoire (rougeurs, enflures et/ou démangeaisons persistantes) au site d'application du timbre transdermique.

2 Est-ce que l'utilisateur présente l'un des facteurs d'exclusions suivants ?

OUI? >>>

Si non, passer à l'étape 3

OUI NON

Vérifier les monographies des médicaments visés par l'OC - Usager < 14ans

3 Existe-t-il des signaux d'alarmes empêchant d'initier le traitement recommandé et qui exigent que l'utilisateur soit référé à un MD dans les plus brefs délais ?

OUI? >>>

Si non, passer à l'étape 4

OUI NON

Réaction inflammatoire sévère - Présence de signes et symptômes d'infection

4 Existe-t-il des conditions permettant d'initier le traitement recommandé, mais qui exigent que l'utilisateur soit référé à un MD?

OUI? >>>

Passer à l'étape 5

OUI NON

Aucune

5 Existe-t-il des variables cliniques (âge, habitudes de vie, allergies, intolérances, effets indésirables, conditions particulières, etc.) à considérer avant d'initier le traitement recommandé ?

Passer à l'étape 6

OUI NON

Précautions selon les monographies des différents médicaments visés par l'OC

6 Initier les mesures thérapeutiques ciblées par l'OC.

Passer à l'étape 7

7 Enseigner les mesures non-pharmacologiques et planifier le suivi clinique et pharmaceutique si nécessaire.

S'assurer de la compréhension de l'utilisateur (ou de son proche aidant) sur la technique d'utilisation de la fluticasone - Effectuer un suivi de la thérapie, si nécessaire (aucune amélioration après une semaine de traitement).

**RÉFÉREZ
AU MÉDECIN**

ORDONNANCE INDIVIDUELLE

Irritation cutanée (timbres transdermiques)

Coordonnées du patient :

Étiquette adresse patient

Suite à mon évaluation suivante :

- La nature des symptômes ou la condition pour laquelle je suis consulté
- L'évaluation des contre-indications spécifiques de l'ordonnance collective
- Les paramètres personnalisés de l'utilisateur (âge, poids, fonction rénale, mode de vie, etc.)
- Les analyses de laboratoire effectuées (le cas échéant)

Pour diminuer la réaction inflammatoire causée par l'application d'un timbre transdermique.

Je recommande, selon l'ordonnance collective, une thérapie pour ce patient :

- Hydrocortisone, triamcinolone.
- Fluticasone.

Traitements recommandés | **Utiliser les bandes déroulantes**

Corticostéroïdes topiques:

Corticostéroïde en vaporisateur:

Étiquette(s) d'ordonnance | **Aposer les étiquettes**

VIGILANCE CLINIQUE EFFECTUÉE :

- J'ai vérifié les antécédents d'intolérances et d'allergies
- J'ai vérifié les interactions, contre-indications et les précautions associées à la médication de l'utilisateur
- J'ai ajusté la posologie selon les paramètres personnalisés de l'utilisateur
- J'ai expliqué les effets indésirables et le bon usage de la médication recommandée
- J'ai proposé (si nécessaire) un suivi de la thérapie que j'ajusterai au besoin
- J'ai alerté le patient d'éviter toute prise concomitante de médicament acheté sans ordonnance à la pharmacie sans la supervision d'un pharmacien.

AUTRES _____

COMMENTAIRES _____

Ordonnance individualisée au nom du Dr _____ (#permis : _____), par :

Nom du professionnel

(N° permis)

Date (jj/mm/aaaa)