

IDENTIFICATION DU PATIENT

DDN

Nom

RAMQ

Adresse

MD famille

Téléphone

IPSPL

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DFGe :

Grossesse

Allergie(s) : _____

Date :

Poids:

Allaitement

Préciser la réaction : _____

IDENTIFIER LES SIGNES ET SYMPTÔMES

Symptômes évoluant depuis :

- Prurit
- Érythème et gerçures
- Placards érythémateux mal définis avec squames
- Lésions de grattage
- Petites papules et suintement
- Xérodermie (peau sèche)

IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE :

- Antécédent d'atopie familiale
- Prise de bains fréquente
- Utilisation de savons et produits parfumés
- Peau sèche
- Transpiration
- Contact avec des produits irritants (solvants et détergents)
- Stress
- Aucun facteur de risque identifié

IDENTIFIER LA LOCALISATION :

- Plis cutanés des fléchisseurs des coudes
- Plis cutanés des fléchisseurs des genoux
- Contour de la bouche
- Joues
- Paupières
- Tronc
- Visage
- Cuir chevelu
- Cou
- Mains
- Pieds
- Autre localisation : _____

Autres observations :

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

Pharmacien(ne)

Infirmier(e)

Nom

Signature

No de permis

Date

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom

DDN

ÉLIMINER LES CONTRE-INDICATIONS ET LES SIGNAUX D'ALARME

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfant < 2 ans | <input type="checkbox"/> Lésions prurigineuses et présence de sillons |
| <input type="checkbox"/> Patient immunosupprimé | <input type="checkbox"/> Signes d'infection (écoulement purulent, oedème, douleur, évolution rapide, fièvre, atteinte de l'état général) |
| <input type="checkbox"/> Contact récent avec une plante, une substance chimique ou un nouveau médicament topique | <input type="checkbox"/> Lésions étendues > 30 % du corps |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'une brûlure ou présence de phlyctènes | <input type="checkbox"/> Symptômes sévères et invalidants |
| <input type="checkbox"/> Trauma cutané | <input type="checkbox"/> Atteinte des yeux, des muqueuses ou des organes génitaux |
| <input type="checkbox"/> Saignements cutanées | <input type="checkbox"/> Atteinte palmo-plantaire |
| <input type="checkbox"/> Présence de bulles ou de vésicules | |

Présence d'une ou plusieurs contre-indications ?

OUI > Référer

NON > Continuer

AUTRES NOTES / JUSTIFICATIONS CLINIQUES

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

Nom

No de permis

Pharmacien(ne)

Infirmier(e)

Signature

Date

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom

DDN

TRAITEMENTS

Ordonnance(s) faite(s) dans le contexte de l'ordonnance collective PC-33 Dermatite atopique (Pratiques Collaboratives)

Individualisée(s) au nom du Dr _____ No permis _____

RATIONNELLE DU TRAITEMENT

- Sélection du corticostéroïde topique (puissance) selon la partie du corps atteinte
- Sélection de la formulation selon le type de lésion et la localisation
- Utilisation d'un antihistaminique sur une courte durée pour favoriser le sommeil
- Patient avisé qu'il peut faire honorer l'ordonnance dans la pharmacie de son choix

CORTICOSTÉROÏDE TOPIQUE (PUISSANCE FAIBLE)

- Désonide 0.05 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)
- Hydrocortisone 0.5 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)
- Hydrocortisone 1 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)
- Hydrocortisone 2.5 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)
- Triamcinolone acétonide 0.025 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)

CORTICOSTÉROÏDE TOPIQUE (PUISSANCE MOYENNE)

- Bétaméthasone 0.05 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)
- Bétaméthasone 0.1 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)
- Hydrocortisone valérate 0.2 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)
- Mométasone furoate 0.1 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)
- Triamcinolone acétonide 0.1 %, une appl. DIE à BID X 2 semaines (R X 1 PRN)

ANTIHISTAMINIQUE PER OS

- (Enfant 6 ans-) : Hydroxyzine 10mg/5ml sir. 5 à 6.3ml HS PRN x 3 à 5 jrs
- (Enfant 6 ans+) : Hydroxyzine 10mg/5ml sir. 5 à 12.5ml HS PRN x 3 à 5 jrs
- Hydroxyzine 10mg 1 à 5 caps. HS PRN x 3 à 5 jrs
- (Enfant 2 à 6 ans) : Diphenhydramine 12.5mg/5ml elix. 2.5ml HS PRN x 3 à 5 jrs
- (Enfant 6 à 12 ans) : Diphenhydramine 12.5mg/5ml elix. 5 à 10ml HS PRN x 3 à 5 jrs
- Diphenhydramine 25mg 1 à 2 caps. HS PRN x 3 à 5 jrs

ÉMOLLIENT

- Glaxal Base, 1 application BID (minimalement), valide X 1 an

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

Nom

Pharmacien(ne)

Infirmier(e)

Signature

No de permis

Date

IDENTIFICATION DU PATIENT

CONSEILS NON PHARMACOLOGIQUES

- Discuter de l'importance de l'hydratation cutanée et de l'utilisation d'un émollient et d'un nettoyant cutané doux et non irritant
- Protéger la peau contre les agresseurs environnementaux comme l'air froid et sec, le vent, etc.
- Réduire les irritants et les facteurs aggravants: savon, parfum, laine, herbes et feuilles séchées, etc.
- Diminuer le stress, la transpiration et la chaleur excessive qui peuvent favoriser la démangeaison
- Lorsque les symptômes sont résolus, cesser le traitement et continuer l'utilisation quotidienne et régulière des émollients

CONSULTER UN MÉDECIN SI:

- Aucune amélioration après une semaine du traitement recommandé
- Aggravation des symptômes et/ou de l'état général malgré le traitement recommandé
- Utilisation prolongée > 14 jours des corticostéroïdes topiques
- Doute sur l'étiologie des lésions

AUTRES NOTES / JUSTIFICATIONS CLINIQUES

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

 Pharmacien(ne) Infirmier(e)