

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom

DDN

Téléphone

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

DFGe :

Date :

Grossesse

Allaitement

Allergie(s) :

IDENTIFIER LES INDICATIONS DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE

Personne sous AINS qui présente un risque gastro-intestinal modéré

- Prise d'AINS **ET** un des facteurs suivants :
- Âge ≥ 65 ans et < 75 ans
 - Antécédent d'ulcère non compliqué des voies digestives hautes
 - Présence d'une comorbidité (arthrite rhumatoïde, diabète, maladie cardiovasculaire, etc.)
 - Prise concomitante d'autre(s) médicaments(s) : anticoagulant, (warfarine, apixaban, dabigatran, rivaroxaban, etc.), antiplaquettaire, stéroïdes per os, ISRS, prise ≥ 2 AINS (incluant l'ASA à dose antiplaquettaire)

Personne sous AINS qui présente un risque gastro-intestinal élevé

- Prise d'AINS **ET** un des facteurs suivants :
- Âge ≥ 75 ans
 - Antécédent d'ulcère compliqué (hémorragie digestive ou perforation)
 - Prise de warfarine
 - Plus de 2 facteurs de risque modéré

Personne sous antiplaquettaire (incluant l'ASA à faible dose, clopidogrel, etc.) qui présente un risque gastro-intestinal

- Prise d'un antiplaquettaire **ET** un des facteurs suivants :
- Antécédent d'ulcère des voies digestives hautes
 - Prise concomitante d'un autre antiplaquettaire (double thérapie antiplaquettaire)
 - Prise concomitante d'un anticoagulant (warfarine, apixaban, dabigatran, rivaroxaban, etc.)
- Prise d'un antiplaquettaire **ET** deux des facteurs suivants :
- Âge ≥ 60 ans
 - Prise de stéroïdes per os
 - Dyspepsie ou symptômes de reflux gastro-oesophagien

AUTRES OBSERVATIONS (INCLUANT LES SIGNES VITAUX SI PERTINENTS, P. EX. SENSATION DE FIÈVRE, CONFUSION, ATTEINTE DE L'ÉTAT GÉNÉRALE)

TA : _____ FC : _____ FR : _____ T°C : _____

ÉLIMINER LES CONTRE-INDICATIONS

Aucune

Autre(s) : _____

Présence d'une ou plusieurs contre-indications ?

OUI \rightarrow Référer

NON \rightarrow Continuer



Prescription(s) faite(s) dans le contexte de l'ordonnance collective PC-19: Cytoprotection (Pratiques Collaboratives)

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

RATIONNELLE DU TRAITEMENT

- Initier une prophylaxie cytoprotectrice chez les patients qui présentent un risque gastrointestinal modéré ou élevé
- Ajouter le code d'exception PP12
- Utiliser le traitement pour la durée équivalente à la nécessité de poursuivre la cytoprotection

INHIBITEUR DE LA POMPE À PROTONS

- Pantoprazole 40 mg PO DIE
- Oméprazole 20 mg PO DIE
- Dexlansoprazole 30 mg PO DIE
- Esoméprazole 40 mg PO DIE
- Lansoprazole 30 mg PO DIE
- Rabéprazole 20 mg PO DIE
- Équivalent : _____

CONSEILS NON PHARMACOLOGIQUES

- Évaluer régulièrement la nécessité de poursuivre la prophylaxie cytoprotectrice

SITUATIONS QUI EXIGENT UNE RÉÉVALUATION OU UNE INVESTIGATION SUPPLÉMENTAIRE (CONSULTER UN MÉDECIN OU UNE IPS)

- Présence de la dyspepsie ou du reflux malgré une cytoprotection
- Présence d'un ou plusieurs signaux d'alarme :** Douleur abdominale sévère Douleur de type cardiaque Perte de poids inexplicquée dans les 6 derniers mois Dyspnée de novo Dysphagie ou odynophagie Vomissements répétés Méléna ou hématurie

Autres notes / justifications cliniques :

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

Nom

No de permis

Pharmacien(ne) Infirmier(e)

Signature

Date