|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | Code à barres | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |
| installation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ordonnances pharmaceutiques  Traitement pharmacologique de la constipation chez l’adulte | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allergies médicamenteuses1/intolérances1 : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
| **ANNÉE** | | | | **MOIS** | | **JOUR** | | |  | | | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | h | | | | |  | | | | | Poids1: | |  | kg | | | Taille1: |  | cm |
| **Date** | | | | | | | | **Heure** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| En lien avec l’ordonnance collective : OC-PH-001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| POUR LA CONSTIPATION (voir algorithme O.C. pour prise de décision) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| # CIUSSSE (sera fourni par le comité)  ALGORITHME 1  ÉTAPE 1 : PEG 17g PO DIE x 2 jours  ÉTAPE 2 : Augmenter PEG à 17g PO BID x 2 jours  ÉTAPE 3 : PEG 17g PO BID x 2 jours  SENNOSIDES 17,2mg PO HS x 1 jour  ALGORITHME 2  ÉTAPE 1 : PEG 17g PO DIE x 2 jours  ÉTAPE 2 : Augmenter PEG à 17g PO BID x 1 jour  SENNOSIDES 17.2mg PO HS x 1 jour  ÉTAPE 3 : PEG 17g PO BID x 1 jour  Augmenter SENNOSIDES à 17.2mg PO BID x 1 jour | | | | | | | | | | | | | | | | | | ALGORITHME 3  Poursuivre Algorithme 1, Étape 3 x 24 heures  OU  Poursuivre Algorithme 2, Étape 3 x 24 heures  **ET** (choix selon algorithme et évaluation du patient)  1 SUPPOSITOIRE GLYCÉRINE IR x 1 combiné avec  1 SUPPOSITOIRE BISACODYL IR x1  LAVEMENT PHOSPHATE DE SODIUM (FLEET) 130ml IR x1  Si toujours pas de selles 12h après suppositoires  OU  LAVEMENT HUILE MINÉRALE 130ml IR x1 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  |  | | | | |
| Signature de l’infirmier(ère) / infirmier(ère) auxiliaire | | | | | | | | | | |  | | Nom en caractère d’imprimerie | | | | | | | | | |  |  | | | | |
| 1 Documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible | | | | | | | | | | | | | | | | Numérisé le (année/mois/jour) : / / à h | | | | | | | | | | | | |