



N° 60-3937

Identification du prescripteur

*l'étiquette du patient
est à coller ici*

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

PRESCRIPTIONS ANTICIPEES POUR M.....

si douleur

non

| | | |
|--|---------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Paracétamol 1g/500mg gel/cp/efferv. | max.....fois / 24 h | qsp...bte(s) |
| <input type="checkbox"/> Diantalvic 2 gel | max.....fois / 24 h | 1 boite |
| <input type="checkbox"/> Perfalgan 1g IV | max.....fois / 24 h | 1 boite de 12 |
| <input type="checkbox"/> Topalgic 50mg SC/IV | max.....fois / 24 h | IV : ...bte de 5 |
| PO | max.....fois / 24 h | PO : ...plaq de 10 |
| <input type="checkbox"/> Actiskenan / Sevredol 10 / 20mg | max 6 fois / 24 h | ...plaq de 7 |
| <input type="checkbox"/> Morphine 10 / 50 / 100 mg <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV | max.....fois / 24 h | qsp...jours |
| <input type="checkbox"/> Rivotril ½ amp <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IV | max.....fois / 24 h | 1 boite |
| <input type="checkbox"/> Profénid 100mg IV | max.....fois / 24 h | 1 bte de 6 amp |
| <input type="checkbox"/> Autres : | max.....fois / 24 h | qspjours |

Prémédication avant soins :

si constipation (J0 = dernière selle) non

| | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|---------------|
| <u>J3 sans selles :</u> | <input type="checkbox"/> Eductyl | <input type="checkbox"/> Microlax | <input type="checkbox"/> | 1 bte |
| <u>J4 sans selles :</u> | <input type="checkbox"/> vérification vacuité de l'ampoule rectale par l'I.D.E. | | | |
| | et si ampoule rectale pleine : lavement Normacol sur sonde rectale | | | 1 boite |
| | <input type="checkbox"/> Forlax ou |fois / 24 h | | 1 boite |
| | <input type="checkbox"/> Sénokot cp | 1 fois / 48h | | qspjours |

si angoisse

non

| | | |
|--|---------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Lexomil ¼ cp | max.....fois / 24 h | 1 plaq de 10 |
| <input type="checkbox"/> Tranxene 20 / 50mg IV : 1 amp | max.....fois / 24 h | qsp.....jours |
| <input type="checkbox"/> Rivotrilmg PO / SC / IV | max.....fois / 24 h | qsp.....jours |

Nom médecin
Dr

Date
Signature