

N° dossier
Nom
Prénom
Date de naissance
NAM
Nom de la mère
Prénom de la mère
Nom du père
Prénom du père

**PROPHYLAXIE TRAITEMENT OSELTAMIVIR (TAMIFLU)
13 ANS ET PLUS OIS**

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____

Clairance créatinine : _____ ml/min Intolérance et allergies vérifiées

Prophylaxie

L'indication de prophylaxie est déterminée selon le protocole PCI et ordonnance collective en vigueur.

Clairance créatinine	Dose prophylactique d'Oseltamivir	Durée
<input type="checkbox"/> Supérieure à 60 ml/min	75 mg DIE	10 jours après le début des symptômes du dernier cas
<input type="checkbox"/> 31 à 60 ml/min	30 mg DIE	
<input type="checkbox"/> 11 à 30 ml/min	30 mg aux 2 jours	
<input type="checkbox"/> Inférieure ou égale à 10 ml/min	Consulter un professionnel expérimenté	
<input type="checkbox"/> Personne sous dialyse	Consulter un professionnel expérimenté	

Prescripteur autorisé : _____ Date : _____
aaaa/mm/jj

Traitement

Principales indications :

- Personne résidant dans un centre d'hébergement de soins de longue durée, de soins intermédiaires ou résidence pour aînés sans égard à la sévérité du cas clinique d'infections respiratoires aiguës (CCIRA) avec influenza.
- Personne hospitalisée avec influenza.
- Personne hospitalisée ou hébergée avec un CCIRA en attente d'un résultat d'analyse pour influenza selon l'indice d'activité grippale du moment.

Clairance créatinine	Dose traitement d'Oseltamivir	Durée
<input type="checkbox"/> Supérieure à 60 ml/min	75 mg BID	5 jours*
<input type="checkbox"/> 31 à 60 ml/min	30 mg BID	5 jours*
<input type="checkbox"/> 11 à 30 ml/min	30 mg DIE	5 jours*
<input type="checkbox"/> Inférieure ou égale à 10 ml/min	75 mg en dose unique En concertation avec un professionnel expérimenté	
<input type="checkbox"/> Personne sous dialyse	Consulter un professionnel expérimenté	

*Une durée de traitement plus longue peut être envisagée selon évaluation médicale.

Cesser l'Oseltamivir si le résultat de prélèvement d'influenza A et B est négatif et initier la prophylaxie si l'unité est en éclosion.

Date _____ Signature _____ Profession _____
aaaa/mm/jj

Légende : BID : deux fois par jour DIE : une fois par jour min : minute ml : millilitre PCI : prévention et contrôle des infections OIS : ordonnance individuelle standardisée

Section réservée à la signature électronique