

**Ordonnance**

**de déprescription**

*Avec le soutien de*

*Juin 2024*

* Pratiquer une activité physique régulière comme la marche
* Eviter le tabac
* Eviter de porter des vêtements trop serrés, etc.

 Concernant l’alimentation :

* Eviter la consommation excessive de :
	+ boissons alcoolisées, café, eaux gazeuses
	+ de fruits oléagineux (noix, amandes etc.), d’épices, d’agrumes, de pains frais, de tomates
* Favoriser les cuissons légères (pochées, rôties, papillotes, bouillies)
* Limiter les repas trop gras / copieux

Diner au moins 3 heures avant d’aller se coucher et surélever la tête du lit d’environ 45°

 *①* ***Pansement gastrique de type :*** *alginate de sodium/bicarbonate de sodium (Gaviscon®) ou hydroxyde d’aluminium/hydroxyde de magnésium (Maalox ®) : espacer la prise d’autres médicaments d’au moins 2h si possible*

*②Si les symptômes persistent :*

* *Anti-H2 (Cimétidine, Famotidine)*

**Voici quelques conseils hygiéno-diététiques :**

Prendre un médicament antiacide en cas de besoin :

**Médicament à déprescrire :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Explications :** Votre situation a évolué, il est aujourd’hui plus adapté d’arrêter de prendre ce médicament. Bien entendu, si la situation évolue de nouveau, nous réadapterons votre prise en charge médicamenteuse.

**Préconisations et conseils complémentaires associés à la démarche :** Ce médicament agit en diminuant la production d’acide de l’estomac. Après une prise pendant plusieurs semaines, il est possible que des symptômes transitoires (comme des remontées acides) surviennent à l’arrêt (dans un délai d’environ 10 jours après l’arrêt du médicament). Pour limiter la survenue éventuelle de symptômes, je vous propose de **l’arrêter progressivement** (*Rayer les mentions non retenues et préciser les modalités* : par réduction de la dose, espacement des prises, autre : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..*)*

Déprescription :

Médecin :

Nom du patient :

Liste des médicaments prescrits : se référer à l’ordonnance réalisée en date du ……/……/……

Prescription :

Renseignements :

Date :

Suivi :

Je vous propose un suivi en plusieurs temps (*environ après 4 semaines, 8 semaines, 12 semaines peut être conseillé*) pour surveiller comment se passe l’arrêt du traitement et l’éventuelle survenue de symptômes.

**En cas de symptômes inhabituels et persistants sur plusieurs jours n’hésitez pas à me recontacter ou à contacter votre pharmacien !**

|  |  |
| --- | --- |
| Semaine 1 et 2Du ……/……/…… au ……/……/…… | Prendre le médicament 1 jour/2 |
| Semaine 3 et semaine 4Du ……/……/…… au ……/……/…… | Prendre le médicament 2 fois/semaine *(jours à définir avec le patient) :* ………………………………… |
| Arrêt du médicament le ……/……/……. |

|  |
| --- |
| Semaine 1 et 2Du ……/……/…… au ……/……/…… |
| Diminution de la posologie de moitié :  |
| Semaines suivantes |
| Espacement des prises *(1 jour/2, 1 jour/3, …)*  jusque l’arrêt | Arrêt le …../…../….. |

**🞏 Réduction de la dose et espacement des prises** *(adapté pour de fortes posologies)***:**

Signature du médecin :

Informations générales :

N’hésitez-pas :

* à consulter ce document sur le Reflux Gastro Œsophagien dont les règles hygiéno-diététiques proposées en première page proviennent : [reflux\_gastro-oesophagien\_snfge-cregg\_2017.pdf](https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Bibliotheque_scientifique/reflux_gastro-oesophagien_snfge-cregg_2017.pdf)
* à compléter votre carte de suivi avec les dates de prochaines consultations.

**Pensez à ramener vos médicaments périmés ou non utilisés à votre pharmacie !**

Avez-vous pris un médicament antiacide au cours de l’arrêt ?

**🞏 Espacement des prises :**

Propositions d’un plan de prise *(à adapter à la stratégie d’arrêt choisie)* **:**