

Ordonnance de buprénorphine-naloxone

Date (JJ/MM/AAAA): ____/____/____

DDN : ____/____/____

Nom :

Prénom :

Période du (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____ au ____/____/____ inclusivement

✓		
	Posologie journalière (dose simple)	mg
	Posologie aux 2 jours (double sa dose journalière : maximum de 32 mg)	mg

Précisions sur la dose du médicament

- Le patient doit prendre sa dose prescrite devant le pharmacien _____ jours/semaine.
- **Le patient ne peut jamais apporter plus de _____ doses chez lui entre les dates où il doit prendre le médicament devant le pharmacien.**
- Ne pas dispenser si la personne semble intoxiquée par des médicaments, des drogues ou de l'alcool.
- **Redosage** nécessaire suite à une absence de trois (3) jours consécutifs calculés à partir du jour attendu à la pharmacie. Ne pas servir jusqu'à nouvel ordre et avisez l'équipe traitante.

Autres Rx

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom du pharmacien :

Télécopieur :

Date/heure :

Certification du prescripteur

Je certifie que :

- Cette ordonnance est une ordonnance originale.
- Le pharmacien identifié et précité est le seul destinataire.
- L'original ne sera pas réutilisé.

Signature du médecin :

Estampe

N° de permis :

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE SERVICES RÉGULIERS
110, rue Prince-Arthur Ouest,
Montréal (Québec) H2X 1S7
Téléphone : 514 527-6939
Télécopieur : 514 527-0031

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE RELAIS
1015, rue Sainte-Catherine Est,
Montréal (Québec) H2L 2G4
Téléphone : 514 847-9300
Télécopieur : 514 847-0601

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE ROND-POINT
2260, rue Logan,
Montréal (Québec) H2K 4K7
Téléphone : 438 386-4050 #3
Télécopieur : 438 386-6537