

Ordonnance de méthadone

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

DDN : ____/____/____

Nom :

Prénom :

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

Posologie quotidienne : _____ mg

Précisions sur la dose du médicament

- Toute dose du médicament doit toujours être diluée dans 100 ml de jus.
- Le patient doit boire sa dose quotidienne 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 est sous l'effet de l'alcool ou intoxiquée par des médicaments ou des drogues.
- Si le médicament est omis trois (3) jours consécutifs, ne pas servir jusqu'à nouvel ordre et aviser l'équipe traitante.

Autres Rx

QTc : _____

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