

# Ordonnance individuelle préimprimée sevrage externe – Diazépam – Trouble d’usage d’alcool



**CPMD**  
Communauté de pratique médicale en dépendance



**INFORMATIONS**

Nom : \_\_\_\_\_

N.A.M. : \_\_\_\_\_

D.D.N. : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉIMPRIMÉE  
SEVRAGE EXTERNE - DIAZEPAM - TROUBLE D’USAGE D’ALCOOL**

**ORDONNANCE MÉDICALE EXTERNE**

Valide pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement ( \_\_\_\_\_ jours)

● DIAZEPAM	AUTRES PRESCRIPTIONS
<p>● <b>Dose fixe</b></p> <p>Posologie :</p> <p>Jour #1 : 10 mg PO QID      #4 comprimés            Jour #2 : 10 mg PO TID      #3 comprimés            Jour #3 : 10 mg PO BID      #2 comprimés            Jour #4 : 10 mg PO HS      #1 comprimés            Jour #5 : 10 mg PO HS      #1 comprimés</p> <p>Quantité totale prescrite : 110 mg</p> <p>● <b>Basée sur les symptômes</b></p> <p>Posologie :</p> <p>Jour #1 : 10 mg PO q 4 à 6 h PRN #4 comprimés            Jour #2 : 10 mg PO q 6 à 8 h PRN #4 comprimés            Jour #3 : 10 mg PO q 12 h PRN #2 comprimés            Jour #4 : 10 mg PO HS PRN #1 comprimés            Jour #5 : 10 mg PO HS PRN #1 comprimé</p> <p>Quantité totale prescrite : 110 mg</p> <p><b>Service à la pharmacie :</b></p> <p>● À chaque jour            ● Aux _____ jours</p> <p>Ne peut jamais apporter plus de : _____ mg à la fois</p>	<p>● <b>Thiamine</b></p> <p>Posologie :            100 mg PO bid #14 comprimés</p> <hr/> <p>● <b>Pantoloc</b></p> <p>Posologie :            40 mg PO die #30 Ren : _____ Code : _____</p> <hr/> <p>● <b>Mirtazapine</b></p> <p>Posologie : 15 mg            ½ à 1 co PO HS PRN si insomnie # _____ Ren : _____</p> <hr/> <p>● <b>Autre</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**Au pharmacien communautaire :** Ne pas servir si l’usager est sous l’effet de l’alcool ou intoxiqué(e) par des médicaments ou drogues. Si la médication est omise plus de 2 jours consécutifs, ne pas servir jusqu’à nouvel ordre **et** aviser le médecin traitant.

● Cette prescription annule toute autre prescription de benzodiazépine antérieure.

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Signature
N° permis
Date

Lors de la transmission par télécopieur, le prescripteur certifie que cette ordonnance est une ordonnance originale, que le pharmacien identifié est le seul destinataire et que l’original de ce document ne sera pas utilisé.

Pharmacie : \_\_\_\_\_ Télécopié le : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_