

Ordonnance individuelle préimprimée sevrage externe – Lorazépam – Trouble d’usage d’alcool



INFORMATIONS

Nom :
N.A.M. :
D.D.N. :
Numéro de téléphone :

ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉIMPRIMÉE SEVRAGE EXTERNE - LORAZEPAM - TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL

ORDONNANCE MÉDICALE EXTERNE

Valide pour la période du _____ au _____ inclusivement (_____ jours)

<input type="radio"/> LORAZEPAM	AUTRES PRESCRIPTIONS
<p><input type="radio"/> Dose fixe</p> <p>Posologie : Jour #1 : 2 mg PO QID #4 comprimés Jour #2 : 2 mg POTID #3 comprimés Jour #3 : 1 mg POTID #3 comprimés Jour #4 : 1 mg PO BID #2 comprimés Jour #5 : 1 mg PO HS #1 comprimés</p> <p>Quantité totale prescrite : 20 mg</p>	<p><input type="radio"/> Thiamine</p> <p>Posologie : 100 mg PO bid #14 comprimés</p>
<p><input type="radio"/> Basée sur les symptômes</p> <p>Posologie : Jour #1 : 2 mg PO q 4 à 6 h PRN #4 comprimés Jour #2 : 2 mg PO q 6 à 8 h PRN #3 comprimés Jour #3 : 1 mg PO q 6 à 8 h PRN #3 comprimés Jour #4 : 1 mg PO q 12h PRN #2 comprimés Jour #5 : 1 mg PO HS PRN #1 comprimé</p> <p>Quantité totale prescrite : 20 mg</p>	<p><input type="radio"/> Pantoloc</p> <p>Posologie : 40 mg PO die #30 Ren : _____ Code : _____</p>
<p>Service à la pharmacie :</p> <p><input type="radio"/> À chaque jour <input type="radio"/> Aux _____ jours</p> <p>Ne peut jamais apporter plus de : _____ mg à la fois</p>	<p><input type="radio"/> Mirtazapine</p> <p>Posologie : 15 mg ½ à 1 co PO HS PRN si insomnie # _____ Ren : _____</p>
	<p><input type="radio"/> Autre</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.

Nom du médecin

Adresse de la clinique

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 : _____