



SM02149



HOPITAL06C

**ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE
MORPHINE ORALE À LIBÉRATION PROLONGÉE (KADIAN®)**

Hôpital Hébergement Réadaptation 1^{re} ligne

Allergie (s) : _____ Aucune connue : Réactions indésirables aux médicaments : _____

MORPHINE ORALE À LIBÉRATION LENTE UNIQUOTIDIENNE (KADIAN®)

1/1

INDICATION

Inscrire au DSQ : **Traitement de la dépendance aux opioïdes (TDO)**

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

Morphine orale à libération lente uniquotidienne (Kadian®) _____ mg DIE.

- Nombre de prise 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. Si patient hospitalisé, prendre le médicament devant le personnel infirmier.
- **Si le médicament est omis pour plus de deux (2) jours consécutifs, le patient doit être réévalué. Ne pas servir jusqu'à nouvel ordre et contacter l'équipe traitante***
- Ne pas dispenser si la personne est sous l'effet de l'alcool ou intoxiquée par des médicaments ou des drogues.
- La capsule doit être ouverte lors d'une prise supervisée (Ne pas écraser les billes. Les servir avec compote ou avec de l'eau/jus.)

Autres Rx : _____

* Coordonnées :

HÔPITAL NOTRE-DAME

Service de Toxicomanie et Médecine Urbaine
1560, rue Sherbrooke Est

- Clinique externe** : Tél. : 514 413-8736 - Télécopieur : 514 760-1055
- Unité STMU** : Téléphone : 514 413-8777, poste 26700
Télécopieur : 514 362-2856

HÔPITAL DE VERDUN

Clinique de traitement de la dépendance aux opioïdes

- UMF de Verdun** - 3950, boulevard LaSalle
Téléphone : 514 765-7325, poste 62457 ou 62272
Télécopieur : 514 362-7415

PROGRAMME CRAN

- CRAN** - Point de services réguliers
110, rue Prince-Arthur Ouest
Téléphone : 514 527-6939
Télécopieur : 514 527-0031
- CRAN** - Point de services relais
1015, rue Ste-Catherine Est
Téléphone : 514 847-9300
Télécopieur : 514 847-0601
- CRAN** - Point de services rond-point
2260, rue Logan
Téléphone : 438 386-4050, #3
Télécopieur : 438 386-6537

SI UTILISATION EXTERNE : CERTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Je certifie que :

- Cette ordonnance est une ordonnance originale et ne sera pas réutilisée
- Le pharmacien qui reçoit cette ordonnance est le seul destinataire

Nom du médecin (en lettres moulées) : _____ N° permis : _____

Signature du médecin : _____ Date et heure : _____

Préparée par Annie Galarneau, pharmacienne, Dr Pierre Lauzon, Chef du service de Toxicomanie et Médecine Urbaine, Guylaine Dupuis, conseillère cadre en soins infirmiers. Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le 12 février 2019.