

[Coordonnées du patient]

**ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE
MORPHINE ORALE À LIBÉRATION LENTE UNIQUOTIDIENNE (KADIAN^{MC})**

Hôpital

Hébergement

Réadaptation

1^{re} ligne

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

MORPHINE ORALE À LIBÉRATION LENTE UNIQUOTIDIENNE (KADIAN^{MC})

INDICATION

Inscrire au DSQ : **Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes (traitement par agonistes opioïdes)**

Période du : _____ / _____ / _____ AU _____ / _____ / _____
 JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Morphine orale à libération lente unique quotidienne (Kadian^{MC}) _____ 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 le médicament est omis pour plus de deux (2) jours consécutifs, le pharmacien doit se référer au prescripteur pour un réajustement.**
- Ne pas dispenser si le patient est visiblement sous l'effet de l'alcool ou intoxiqué par des médicaments ou des drogues.
- Au besoin, cochez :
 - La capsule doit être ouverte lors d'une prise supervisée. Saupoudrer les granules dans de la compote, du yogourt, du pudding ou de l'eau et servir immédiatement. ATTENTION : ne pas mâcher, écraser ou dissoudre les granules.

AUTRES MÉDICAMENTS

TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR

Nom de la pharmacie :

Télécopieur :

Date/heure :

[Identification du lieu de pratique du prescripteur]

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

Signature du prescripteur : _____ **Date et heure** : _____