



SM01228



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE Hôpital Hébergement Réadaptation 1^{re} ligne

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie (s) : _____ Aucune connue : Réactions indésirables aux médicaments : _____**SERVICE DE MÉDECINE DES TOXICOMANIES ET CRD INTERNE – ADMISSION D'UN USAGER****1/4****ADMISSION AU SERVICE DE MÉDECINE DES TOXICOMANIES ET CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE INTERNE**

Au nom de : _____

Raison de l'admission : _____

1. Diète
 NPO Au goût Diète diabétique
 Sans-salière Diète progressive Autre : _____
2. Évaluation des risques*Mobilisation*

-
- À risque de chute, mobiliser avec aide. Précisez aide technique : _____
-
-
- Mobiliser à l'étage selon tolérance
-
-
- Mobiliser à l'étage avec surveillance
-
-
- Tapis de mobilité
-
-
- Boitier sonore
-
-
- Soins continus

Sécurité

-
- Risque d'agressivité, précisez : _____
-
-
- Plan, précisez : _____
-
-
- Risque suicidaire, précisez : _____
-
-
- Chambre à vue

Autres

-
- Garde, précisez : _____
-
-
- Tutelle/curatelle, précisez : _____
-
-
- Autres : _____

3. Visites/sorties

-
- Ne peut sortir de l'unité
-
-
- Peut quitter l'unité (durée/fréquence) : _____
-
-
- Peut recevoir les visiteurs suivants : _____
-
- Durée : _____ Fréquence : _____
-
-
- Revue des effets personnels à chaque retour sur l'unité
-
-
- Cadre spécial lors du séjour : _____

4. Signes vitaux Fréquence à préciser : _____

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

Signature du prescripteur : _____ Date et heure : _____

Initiales de l'infirmière : _____ Numérisation (date et heure) : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

SERVICE DE MÉDECINE DES TOXICOMANIES ET CRD INTERNE – ADMISSION D'UN USAGER

2/4

5. Investigations

Analyses de laboratoire

- FSC Na,K,créatinine Glucose à jeun Magnésium
 AST, ALT,phosphatase alcaline, GGT, bilirubine totale RNI, albumine Dépistage de drogues dans l'urine
 Anti-VHA total Anti-HBs HBsAg Dépistage VIH
 Anti-VHC ARN-VHC, préciser : qualitatif quantitatif Dépistage syphilis
 Chlamydia-gonorrhée génitale TAAN urine culture
 Chlamydia-gonorrhée gorge TAAN urine culture
 Chlamydia-gonorrhée anale TAAN urine culture
 BhCG sérique
 BhCG urinaire
 Autres : _____

Autres examens

- Échographie abdominale ECG de repos Autres : _____

6. Médication

- Installer soluté : _____ Débit : _____ Cesser

Vitamines

Prévention Wernicke : Thiamine 100 mg PO TID Thiamine 250 mg IV DIE X 3 jours, puis thiamine 100 mg PO TID

Traitement Wernicke : Thiamine 500 mg IV TID ad réévaluation Thiamine : _____

- Acide folique 5 mg PO DIE
 Multivitamines 1 comprimé PO DIE
 Penta 3B+C 1 comprimé PO DIE
 Pyridoxine 50 mg PO DIE

Thérapie de remplacement de la nicotine

- Voir ordonnance TRN en annexe
 Autre médication de cessation tabagique : _____

Sevrage : alcool GHB

- Faire le CIWA-AR, préciser la fréquence souhaitée : _____
Aviser le médecin STAT si changement abrupt de l'état de conscience du patient, convulsion, température buccale $\geq 38,5$ C.
Aviser le médecin si CIWA-Ar se détériore ou si CIWA-Ar ≥ 10 malgré les doses de charge de benzodiazépines.
Ne pas donner de benzodiazépines si le patient dort ou est somnolent ou saturation O₂ < 92 % à l'air ambiant, ou si RR < 10 rpm
 Cesser CIWA : si score < 10 pendant _____

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

Signature du prescripteur : _____ Date et heure : _____

Initiales de l'infirmière : _____ Numérisation (date et heure) : _____



SM01228



HOPITAL06C

ORDONNANCE MÉDICALE

SERVICE DE MÉDECINE DES TOXICOMANIES ET CRD INTERNE – ADMISSION D'UN USAGER

3/4

Dose de charge

Débuter dès maintenant Débuter lorsque (préciser) : _____

Choisir :

LORazépam _____ mg PO q _____ h x _____ doses LORazépam _____ mg IV q _____ minutes x _____ doses

DiazépAM _____ mg PO q _____ h x _____ doses DiazépAM _____ mg IV q _____ minutes x _____ doses

Protocole benzodiazépines à doses fixes à préciser :

LORazépam _____ mg PO OU LORazépam _____ mg IV q _____ heures (dose régulière)

DiazépAM _____ mg PO OU DiazépAM _____ mg IV q _____ heures (dose régulière)

Protocole benzodiazépines selon CIWA, à préciser :

LORazépam _____ mg PO OU LORazépam _____ mg IV q _____ heures (PRN) Si CIWA ≥ 10 ou FC > 100 battements/minute

DiazépAM _____ mg PO OU DiazépAM _____ mg IV q _____ heures (PRN) Si CIWA ≥ 10 ou FC > 100 battements/minute

Induction méthadone

Aviser le médecin STAT si changement abrupt de l'état de conscience du patient, somnolence, RR < 10, TA systolique < 90 mm Hg, TA diastolique < 60 mm Hg, pouls < 60 battements/minute ou saturation O₂ < 92 %.

COWS à effectuer pré-dose et post-dose (au pic d'action).

Jour 1

Méthadone PO en solution 1 mg/mL (maximum : de 40 mg /24 heures) : _____

Stat (heure d'administration : _____)

Débuter lorsque COWS ≥ à : _____

Par la suite :

Si autres opioïdes prescrits pour le sevrage des opioïdes, administrer d'abord toutes les doses prescrites de méthadone

Entre-doses :

#1: _____ : _____ mg _____ q _____ h PRN si signes et symptômes de sevrage des opioïdes (max de _____ entre-doses/24 h)

#2: _____ : _____ mg _____ q _____ h PRN si signes et symptômes de sevrage des opioïdes (max de _____ entre-doses/24 h)

Jour 2

Méthadone _____ mg au lever

Par la suite :

Si autres opioïdes prescrits pour le sevrage des opioïdes, administrer d'abord toutes les doses prescrites de méthadone

Entre-doses :

#1: _____ : _____ mg _____ q _____ h PRN si signes et symptômes de sevrage des opioïdes (max de _____ entre-doses/24 h)

#2: _____ : _____ mg _____ q _____ h PRN si signes et symptômes de sevrage des opioïdes (max de _____ entre-doses/24 h)

Induction buprénorphine – naloxone

Aviser le médecin STAT si changement abrupt de l'état de conscience du patient, somnolence, RR < 10, TA systolique < 90 mmHg, TA diastolique < 60 mmHg, pouls < 60 battements/minute ou saturation O₂ < 92%.

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

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

Initiales de l'infirmière : _____ **Numérisation (date et heure)** : _____

Nom :

Prénom :

Dossier :

SERVICE DE MÉDECINE DES TOXICOMANIES ET CRD INTERNE – ADMISSION D'UN USAGER

4/4

Teneur disponible : buprénorphine 2 mg – naloxone 0,5 mg, buprénorphine 8 mg – naloxone 2 mg, buprénorphine 12 mg – naloxone 3 mg & buprénorphine 16 mg – naloxone 4 mg

Jour 1

Débuter buprénorphine/naloxone _____ mg SL lorsque :

COWS ≥ _____ ou à _____ heures

Par la suite :

Buprénorphine/naloxone _____ mg SL q _____ h PRN si signes et symptômes de sevrage des opioïdes

Toujours laisser au moins _____ h entre les doses.

Dose maximale permise au jour 1 : _____ mg

Aviser le médecin STAT si augmentation des symptômes de sevrage malgré l'administration de buprénorphine/naloxone dans l'heure qui suit la première dose. COWS à effectuer pré-dose et post-dose (au pic d'action).

Jour 2

Buprénorphine/naloxone _____ mg SL le am : _____

Buprénorphine/naloxone _____ mg SL q _____ h PRN si signes et symptômes de sevrage des opioïdes

Dose maximale permise au jour 2 : _____ mg

Ordonnances usuelles du patient

Cesser la médication en cours Cesser la médication débutée à l'urgence : _____

Autres ordonnances

Acétaminophène _____ mg PO/IR q6h PRN si fièvre ou céphalées (Maximum : 2 g/24 heures si insuffisance hépatique)

Dimenhydrinate 50 mg PO/IV q6h PRN (Si > 70 ans : 25 mg PO/IV q6h PRN) si nausées/vomissements

Lax-A-Day 17 g PO DIE PRN

Lax-A-Day 17 g PO DIE REG

Lactulose 30 ml q12h PRN

Halopéridol _____ mg PO/IM q _____ h PRN (Max : _____ mg/24 heures) si agitation/ agressivité sévère

Thromboprophylaxie (cf ordonnance pré-imprimée)

Vaccination (cf ordonnance pré-imprimée)

Autres : _____

7. CONSULTATIONS et autres examens, préciser :

8. Section réservée au Centre de réadaptation en dépendance (CRD)

Avant le congé

Faire revoir par le médecin pour prescription de médication de prévention de la rechute d'alcool (ex. Revia)

Faire revoir par le médecin 48h pré-départ pour révision de la médication de départ (Exode PRN)

Remettre trousse de Naloxone + enseignement

RDV de suivi à prendre : _____

Autre : _____

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

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

Initiales de l'infirmière : _____ **Numérisation (date et heure)** : _____

Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le 24 novembre 2017. Mise à jour le : 12 novembre 2020