

[Coordonnées du patient]

**ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE
BUPRÉNORPHINE INJECTABLE À LIBÉRATION PROLONGÉE (SUBLOCADE^{MC})**

Hôpital

Hébergement

Réadaptation

1^{re} ligne

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

BUPRÉNORPHINE INJECTABLE À LIBÉRATION PROLONGÉE (SUBLOCADE^{MC})

INDICATION

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

Prescription approuvée par la RAMQ pour la période : DU ____/____/____ AU ____/____/____

Étape 1 (doses de charge) : Buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade^{MC}) ____ mg S/C au niveau de l'abdomen q28 jours x 2 :

- Quantité totale prescrite : ____ injection(s)
- Servir 1 dose tous les ____ jours

Étape 2 (dose de maintien) : Buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade^{MC}) ____ mg S/C au niveau de l'abdomen q28 jours ensuite :

- Quantité totale prescrite : ____ injection(s)
- Servir 1 dose tous les ____ jours

▪ Date prévue de l'injection (il est recommandé d'inscrire cette date au DSQ à chaque injection) : _____

▪ Au besoin, cochez la case appropriée :

- Livrer à : _____
- Administrer par une infirmière en pharmacie (si service offert)
- Remettre trousse de naloxone et procéder à son enseignement, s.v.p

- **Le médicament doit être administré dans les 26 à 42 jours qui suivent la dernière injection. Si le médicament ne peut être administré dans cette fenêtre thérapeutique, le pharmacien doit se référer au prescripteur pour un réajustement.**
- **Cesser la prescription antérieure de buprénorphine-naloxone (Suboxone^{MC}) le jour de la première injection de buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade^{MC}). La première injection est généralement administrée 24 heures après la dernière dose de buprénorphine-naloxone (Suboxone^{MC}), il n'est cependant pas nécessaire de retarder l'injection si la dernière dose est administrée la même journée.**

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° de permis : _____

Signature du prescripteur : _____ Date et heure : _____

En tant que médecin prescripteur de buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade^{MC}), je confirme que :

- J'ai complété la formation requise par Santé Canada et reçu la certification développée par Indivior.
- J'ai transmis une copie de ma certification à la pharmacie.

**ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE
BUPRÉNORPHINE INJECTABLE À LIBÉRATION PROLONGÉE (SUBLOCADE^{MC})**