

[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

Posologie quotidienne : _____ mg DIE (Quantité totale pour la durée de la prescription : _____ mg)

- 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.
- Augmentation possible de _____ mg q 2 j PRN par le pharmacien si patient demeure en sevrage et/ou continue de consommer des opioïdes illicites. Ne pas augmenter si fortement intoxiqué.
- Augmentation maximale de _____ mg au total pour une dose maximale permise de _____ mg DIE.
- **Si le médicament est omis pour plus de deux (2) jours consécutifs, ajuster à la baisse l'ordonnance selon le calendrier recommandé, ou se référer au prescripteur pour un réajustement.**

Nombre de doses consécutives manquées	Exemple de dose prescrite : 200mg	Exemple de dose prescrite : 800mg
1	200mg	800mg
2	120mg (réduction de 40%)	480mg (réduction de 40%)
3	80mg (réduction de 60%)	320mg (réduction de 60%)
4	40mg ou dose initiale (ex : 60mg) choisir la plus élevée (réduction de 80%)	160mg (réduction de 80%)
5	Redosage	Redosage

- 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. Sauter 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.
 - Remettre trousse de naloxone et procéder à son enseignement s.v.p.

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 : _____

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