

[Coordonnées du patient]

**ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE
D'INDUCTION PAR MICRODOSAGE DE BUPRÉNOPHINE-NALOXONE (SUBOXONE^{MC})**

Hôpital

Hébergement

Réadaptation

1^{re} ligne

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

ORDONNANCE D'INDUCTION PAR MICRODOSAGE DE BUPRÉNOPHINE-NALOXONE (SUBOXONE^{MC})

Le principe du microdosage est d'induire graduellement des microdoses de buprénorphine-naloxone dans le but de minimiser les symptômes de sevrage de l'autre opioïde qui est pris en parallèle et qui sera arrêté une fois la dose thérapeutique de buprénorphine-naloxone atteinte. Voir indication.

***** Par convention, le nombre de mg indiqué dans les posologies correspond aux mg de buprénorphine. *****

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

Protocole de microdosage		
Jour	Dosage de buprénorphine-naloxone	Dose de l'autre opioïde : _____
1	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
2	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
3	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
4	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
5	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
6	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
7	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
8	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
9	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
10	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
11	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
12	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
13	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt
14	_____mg <input type="checkbox"/> DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> Autre:_____	<input type="checkbox"/> Maintien <input type="checkbox"/> Arrêt

- Nombre de prises devant le pharmacien (spécifiez nombre de doses observées par jour ou semaine) : _____
 - Le patient ne peut jamais apporter plus de _____ doses chez lui entre les dates où il doit prendre le médicament devant le pharmacien.
- Servir le protocole de microdosage en *dispill*.

Quantité totale de buprénorphine-naloxone pour la durée de la prescription : _____ mg

Arrêter tous les autres opioïdes prescrits (incluant le TAO antérieur) le jour _____, si plus d'un opioïde, suivre les indications suivantes :

Ajustement de la dose de buprénorphine-naloxone à la fin du protocole :

- Dès le jour _____ (fin du protocole) continuer avec _____ mg de buprénorphine-naloxone DIE.
- Permettre _____ comprimés/films de buprénorphine-naloxone de _____ mg _____ PRN, à utiliser au besoin, en ne dépassant pas une dose totale de 32 mg par jour.
- Ne pas dispenser si le patient est visiblement sous l'effet de l'alcool ou intoxiqué par des médicaments ou des drogues.
- Protocole de dose manquée :

Doses manquées	Action(s) recommandée(s)
Moins de 48 heures d'omission	Prendre la dose oubliée dès que possible. Reprendre le calendrier d'induction à partir de la dose oubliée.
Plus de 48 heures d'omission	Procéder à la réévaluation de la personne. Au besoin, communiquer avec le prescripteur.

Au besoin, cochez :

- Remettre la trousse de naloxone et procéder à son enseignement s.v.p.
- Remettre la trousse de sevrage suivante :

Symptôme	Médicament	Quantité
Nausée	Dimenhhydrante : _____ mg	_____ cos
Diarrhée	Lopéramide : _____ mg	_____ cos
Anxiété, irritabilité, transpiration	Clonidine : _____ mg	_____ cos
Insomnie	Diphénhydramine : _____ mg	_____ cos
	Trazodone : _____ mg	_____ cos
	Quétiapine : _____ mg	_____ cos
Douleur	Ibuprofène : _____ mg	_____ cos
	Acétaminophène : _____ mg	_____ cos

AUTRES MÉDICAMENTS

Posologie quotidienne de l'autre opioïde : _____ mg DIE (quantité totale pour la durée de la prescription : _____ mg) remis en plus de la buprénorphine-naloxone. Arrêter selon le protocole de microdosage ci-dessus.

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

- Nombre de prises devant le pharmacien (spécifiez nombre de doses observées par jour ou semaine) : _____
- Le patient ne peut jamais apporter plus de _____ doses chez lui entre les dates où il doit prendre le médicament devant le pharmacien.

S'assurer de bien inscrire tous les autres opioïdes prescrits en parallèle ici.

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 D'INDUCTION PAR MICRODOSAGE DE BUPRÉNORPHINE-NALOXONE (SUBOXONE^{MC})