

POUR LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

À remplir par le prescripteur le jour du congé

L'équipe a communiqué avec le pharmacien communautaire qui offrira les services au congé du patient

Nom du pharmacien : _____ Coordonnées de la pharmacie : _____

Poursuivre les ordonnances pharmaceutiques prescrits ci-haut selon la méthode d'induction choisie

Période de la validité de l'ordonnance : ____/____/____ au ____/____/____
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Buprénorphine-naloxone en comprimé SL

Quantité totale pour la durée de la prescription : _____ mg

Nombre de dose supervisée devant le pharmacien : _____ jours/semaine

Buprénorphine injectable à libération prolongée

Code RAMQ SN544 – État clinique stabilisé par base de buprénorphine SL

Quantité totale pour la durée de la prescription : _____ mg

Prochaine injection : Lieu : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____ h ____
JJ MM AAAA

À remplir par les soins infirmiers le jour du congé

La personne a eu son congé au Jour # ____ de l'induction.

Le jour de son congé, la personne a reçu un total de buprénorphine-naloxone de _____ mg.

Autre :

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

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

Au congé, faxer une copie au pharmacien communautaire. Fax : _____

**ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE INDIVIDUELLE
INDUCTION D'UN TAO À BASE DE BUPRÉNOPHINE SUBLINGUALE EN MILIEU HOSPITALIER**

Pour plus de détails sur le traitement par agonistes opioïdes avec la [buprénorphine-naloxone](#) et sur le traitement par agonistes opioïdes avec la [buprénorphine à libération prolongée](#).