

[Identification du lieu de pratique 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 par agonistes opioïdes**

Période du : ____ / ____ / ____ AU ____ / ____ / ____
 JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Morphine orale à libération lente unique quotidienne (Kadian^{MC}) _____ mg DIE.

- 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.
- Si patient hospitalisé, prendre le médicament devant le personnel infirmier.
- **Si le médicament est omis pour plus de deux (2) jours consécutifs, le patient doit être réévalué. Ne pas servir jusqu'à nouvel ordre et contacter l'équipe traitante. ***
- Ne pas dispenser si la personne est sous l'effet de l'alcool ou intoxiquée par des médicaments ou des drogues.
- La capsule doit être ouverte lors d'une prise supervisée. (Ne pas écraser les billes. Les servir avec compote ou avec de l'eau/jus.)

AUTRES MÉDICAMENTS

TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR

Nom de la pharmacie :

Télécopieur :

Date/heure :

CERTIFICAT DU PRESCRIPTEUR

- Je certifie que cette ordonnance est une ordonnance originale.
- Le pharmacien identifié et précité est le seul destinataire.
- L'original ne sera pas réutilisé.

[Identification du lieu de pratique du médecin]

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

Signature du médecin : _____ Date et heure : _____