



\*SM01229\*



\*HOPITAL06C\*

## ORDONNANCE MÉDICALE

 Hôpital     Hébergement     Réadaptation     1<sup>re</sup> ligne

ALLERGIE (s) : \_\_\_\_\_

Poids (kg) : \_\_\_\_\_ Taille (cm) : \_\_\_\_\_

**Tout changement ou renouvellement d'ordonnance nécessite une nouvelle ordonnance avec SIGNATURE, DATE ET HEURE.**SERVICE DE MÉDECINE DES TOXICOMANIES  
ORDONNANCE TRANSMISE PAR TÉLÉCOPIEUR

1/1

Conformément à l'énoncé de position du CMQ et de l'OPQ – mai 2007

N.B. : acceptable pour la transmission d'une ordonnance portant sur un stupéfiant d'ordonnance écrite ou verbale, une substance ciblée ou une drogue contrôlée

## Service : Médecine des toxicomanies

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : 514 413-8777, poste \_\_\_\_\_

Pavillon : \_\_\_\_\_ Télécopieur : 514 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Montréal (Québec) \_\_\_\_\_

## TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR

Pharmacien : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Date et heure de rédaction de l'ordonnance : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ m Surface corporelle (m<sup>2</sup>) : \_\_\_\_\_

## PRESCRIPTION

Dose de Méthadone pour la période du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclusivement

Posologie quotidienne \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_

L'utilisateur doit prendre sa dose **devant le pharmacien** \_\_\_\_\_ jours / semaine

L'utilisateur ne peut jamais apporter plus que \_\_\_\_\_ dose(s) quotidienne(s) avec lui aux dates où il doit prendre la méthadone devant le pharmacien

Toute dose de méthadone doit être diluée dans 100 mL de boisson gazeuse ou de jus

Ne pas dispenser si l'utilisateur est sous l'effet de l'alcool ou intoxiqué (e) par des médicaments ou des drogues

**Si la médication est omise durant plus de 3 jours consécutifs, ne pas servir jusqu'à nouvel ordre**

## CERTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Je certifie que :

- Cette ordonnance est une ordonnance originale
- Le pharmacien identifié précité est le seul destinataire
- L'original ne sera par réutilisé

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

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_

Initiales de l'infirmière : \_\_\_\_\_ Numérisation (date et heure) : \_\_\_\_\_

Version du CHUM adaptée au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le 24 novembre 2017.

