

[Coordonnées du patient]

ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE – MÉTHADONE

Hôpital <input type="checkbox"/>	Hébergement <input type="checkbox"/>	Réadaptation <input type="checkbox"/>	1^{re} ligne <input type="checkbox"/>
Allergie(s) : _____ Aucune connue : <input type="checkbox"/> Réactions indésirables aux médicaments : _____			
MÉTHADONE			
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)			
<ul style="list-style-type: none">• 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 5 j de prise consécutive 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.			
<ul style="list-style-type: none">• Si le médicament est omis pour plus de trois (3) jours consécutifs, ajuster à la baisse l'ordonnance selon les meilleures pratiques, ou se référer au prescripteur pour un réajustement.• Ne pas dispenser si le patient est visiblement sous l'effet de l'alcool ou intoxiqué par des médicaments ou des drogues.• Toute dose de méthadone doit être diluée dans 100 ml de jus.• Au besoin, cochez :<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 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 – MÉTHADONE

Pour les pharmaciens qui veulent plus d'informations, consulter le document [Optimisation du rôle du pharmacien communautaire auprès des personnes en situation de précarité](#)