



MOCLI60673

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ADMINISTRATION DE BUPRÉNORPHINE INJECTABLE À LIBÉRATION PROLONGÉE (SUBLOCADE)

QUESTIONNAIRE PRÉ ADMINISTRATION

	ÉLÉMENTS À VALIDER PAR L'INFIRMIÈRE	OUI	NON	S/O	PRÉCISION
1.	Grossesse (présentement enceinte)	☐	☐	☐	
2.	Test de grossesse ¹ (Si l'usagère présume pouvoir être enceinte)	☐	☐	☐	
3.	Interactions ² (médicamenteuses et/ou avec d'autres substances consommées (ex. : naltrexone, dépresseurs SNC)	☐	☐	☐	
4.	Présence de signes d'infection/altération à la zone d'injection	☐	☐	☐	
5.	Effets secondaires à la suite de la dernière injection	☐	☐	☐	

Consignes :

- 1 Test de grossesse recommandé lorsqu'il y a possibilité de gestation. Indiquer si refus de l'usagère.
Compléter les informations dans la section précision au besoin.
- 2 Contactez le pharmacien de l'usager au besoin.

Assurer une démarche clinique selon le guide d'utilisation de la BILP en traitement agoniste aux opioïdes (TAO) et compléter les informations pertinentes au dossier de l'usager

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm

ADMINISTRATION

☐ Première injection d'induction ☐ Deuxième injection d'induction (7 jours à un mois après la première)

Date de la dernière injection reçue (Intervalle possible entre 26 et 42 jours) : _____ aaaa/mm/jj

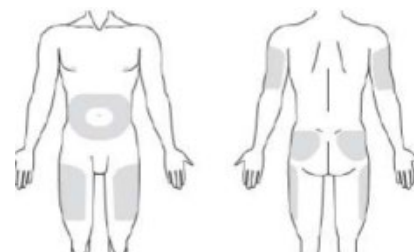
lot de la seringue : _____ Date d'expiration : _____ aaaa/mm/jj

Dose administrée : ☐ 100 mg SC ☐ 300 mg SC ☐ Autre : _____ mg SC

Calibre d'aiguille : ☐ 19G ☐ Autre : _____ G

Site d'injection sous-cutanée :

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Quadrant abdomen supérieur droit | ☐ Fesse droite | ☐ Fesse gauche |
| ☐ Quadrant abdomen supérieur gauche | ☐ Cuisse droite | ☐ Cuisse gauche |
| ☐ Quadrant abdomen inférieur droit | ☐ Arrière du bras supérieur droit | |
| ☐ Quadrant abdomen inférieur gauche | ☐ Arrière du bras supérieur gauche | |



Observations : _____

Date et heure d'administration : _____ aaaa/mm/jj _____ hh:mm

☐ Usager avisé de ne pas masser la région injectée

Suivi post-injection à faire : ☐ Oui ☐ Non Si oui : _____ aaaa/mm/jj ☐ Téléphone ☐ Présentiel

Prochaine injection : _____ aaaa/mm/jj

.Références : Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (2023). Guide d'utilisation de la buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade) dans le cadre d'un traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Indivior UK Limited. (2025). Product monograph including patient medication information sublocade Buprenorphine solution (extended-release) for injection

Signature et titre : _____ Date : _____ aaaa/mm/jj