Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

THÉRAPIES DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE (TRN)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergie(s) :_____

Indication : ☐ Sevrage temporaire ☐ Abandon définitif du tabagisme

TRN À LONGUE ACTION : Timbres de nicotine (Nicoderm)

Mode d'emploi : Appliquer au réveil sur une zone sans poils entre le cou et la taille. Changer le site d'application chaque jour (rotation sur une semaine). Enlever le timbre 15 minutes avant une activité physique intense et en replacer un nouveau par la suite. Si insomnie ou rêves anormaux, enlever le timbre 2 heures avant le coucher et en appliquer un nouveau au réveil. Il est recommandé de combiner les timbres avec un produit à courte action pour les fortes envies de fumer.

	Option	Situation clinique	Posologie – Étapes			
			1ère étape	2e étape	3e étape	4e étape
_____ Initiales	T1	Fumeur de moins de 10 cigarettes/jour (c/j)	14 mg X 8 semaines	7 mg X 4 semaines		
_____ Initiales	T2	Fumeur 10 – 20 c/j	21 mg X 8 semaines	14 mg X 2 semaines	7 mg X 2 semaines	
_____ Initiales	T3	Fumeur 21 – 30 c/j	(21 + 7) = 28 mg X 6 semaines	21 mg X 2 semaines	14 mg X 2 semaines	7 mg X 2 semaines
_____ Initiales	T4	Fumeur 31 – 35 c/j	(21 + 14) = 35 mg X 6 semaines	21 mg X 2 semaines	14 mg X 2 semaines	7 mg X 2 semaines
_____ Initiales	T5	Fumeur plus de 35 c/j	(21 + 21) = 42 mg X 6 semaines	21 mg X 2 semaines	14 mg X 2 semaines	7 mg X 2 semaines
_____ Initiales	T6	TRN pré-abandon avec timbres pour ***usagers externes seulement*** *(ex: préadmission/ congé)*	Débuter les timbres, selon le nombre de cigarettes fumées (options T1 à T5), 2 semaines avant la date d'arrêt (ex : admission) et poursuivre pendant 10 semaines après l'arrêt. Durant l'arrêt complet du tabac, combiner avec une des options G2, P2, I2, ou VB2, au besoin.			
_____ Initiales	T7	Autre situation clinique				

TRN À COURTE ACTION : Gommes de nicotine (Thrive ou Nicorette 2 et 4 mg)

_____ Initiales	G1	Gomme utilisée seule ☐ moins de 25 c/j = 2 mg ☐ 25 et plus c/j = 4 mg	Dès le premier jour d'arrêt, prendre gomme régulièrement à toutes les 1 à 2 heures, la mastiquer 2 à 3 fois puis la placer entre joue et gencive. Répéter périodiquement à mastiquer. Éviter de boire ou manger 15 minutes avant et pendant l'usage. Débuter par 10 à 20 gommes par jour et réduire progressivement sur une période de 1 à 3 mois.		
_____ Initiales	G2	Gomme de 2 mg combinée à un timbre	Dès le premier jour d'arrêt, prendre une gomme dès qu'une envie de fumer se fait sentir. Utiliser comme dans l'option G1. Débuter par 5 à 15 gommes par jour et réduire progressivement sur 1 à 3 mois.		
_____ Initiales	G3	Gomme : réduire pour arrêter en 6 mois ☐ moins de 25 c/j = 2 mg ☐ 25 et plus c/j = 4 mg	**0 – 6 semaines** 1 gomme pour chaque cigarette éliminée. Débuter par un maximum 20 gommes / jour.	**7 – 16 semaines** Élimination progressive d'une cigarette sur deux.	**17 – 24 semaines** Cesser de fumer. 1 gomme q 1 à 2 heures, réduire progressivement sur 7 semaines.
_____ Initiales	G4	Autre situation clinique			

_____ Nom _____ Prénom _____ # prescripteur

_____ Date et heure (AAAA-MM-JJ) _____ Signature et titre _____ # permis

☐ FAX envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf)

Nom, prénom : _____ Dossier : _____

TRN À COURTE ACTION : Pastilles de nicotine (Thrive ou NIC-HIT 1 et 2 mg)

_____ Initiales	P1	Pastille utilisée seule ☐ moins de 20 c/j = 1 mg ☐ 20 et plus c/j = 2 mg	Dès le premier jour d'arrêt, prendre une pastille régulièrement aux 1-2 heures. Sucer jusqu'à fort goût de menthe, garder entre joue et gencive et recommencer à sucer lorsque le goût a disparu. Répéter durant 30 minutes. Débuter par 25 (1 mg) ou 15 (2 mg) pastilles x 2 semaines, 12 x 2 semaines, 10 x 2 semaines, 5 x 1 mois puis au besoin x 2 semaines (total 3 mois).		
_____ Initiales	P2	Pastille combinée à un timbre	Dès le premier jour d'arrêt, prendre une pastille dès qu'une envie de fumer se fait sentir. Utiliser comme dans l'option P1 : Débuter par 5 à 15 pastilles par jour et réduire progressivement sur une période de 1 à 3 mois.		
_____ Initiales	P3	Pastille : Réduire pour arrêter ☐ moins de 20 c/j = 1 mg ☐ 20 et plus c/j = 2 mg	**0 – 6 semaines** 1 pastille pour chaque cigarette éliminée.	**7 – 16 semaines** Réduction progressive d'une cigarette sur deux.	**17 – 24 semaines** Cesser de fumer. Une pastille aux 1 à 2 heures prn.
			Débuter par 25 (1 mg) ou 15 (2 mg) pastilles x 2 semaines, 12 x 2 semaines, 10 x 2 semaines, 5 x 1 mois puis au besoin x 2 semaines (total 3 mois).		
_____ Initiales	P4	Pastille : autre situation clinique			

TRN À COURTE ACTION : Inhalateur de nicotine (Nicorette)
Non remboursé par la RAMQ

_____ Initiales	I1	Inhalateur utilisé seul Cartouches de 10 mg, dont 4 mg absorbés	Avec l'embout buccal, inhaler le contenu d'une cartouche pendant 20 minutes consécutives (ou 2 x 10 min, ou 4 x 5 min). Jeter la cartouche 24 h après ouverture. Maximum 12 cartouches par jour. Réduire progressivement sur 3 à 6 mois.
_____ Initiales	I2	Inhalateur combiné à un timbre	Dès le premier jour d'arrêt, inhaler le contenu d'une cartouche si forte envie de fumer (voir option I1) Maximum 12 cartouches par jour. Réduire progressivement sur 3 mois.
_____ Initiales	I3	Autre situation clinique	

TRN À COURTE ACTION : Vaporisateur buccal de nicotine
(Nicorette VapoÉclair 1 mg ou NIC-HIT 1 et 2 mg)
Non remboursé par la RAMQ

_____ Initiales	VB1	Vaporisateur buccal utilisé seul 150 vaporisations de : ☐ 1 mg ou de ☐ 2 mg	Dès le premier jour d'arrêt, 1 à 2 vaporisations à la fois dans la bouche (éviter d'inhaler) Maximum 4 vaporisations par heure, 64 par jour. Réduire progressivement sur 3 à 6 mois.
_____ Initiales	VB2	Vaporisateur buccal combiné à un timbre	Dès le premier jour d'arrêt, 1 à 2 vaporisations à la fois dans la bouche (éviter d'inhaler) si forte envie de fumer. Maximum 4 vaporisations par heure, 64 par jour. Réduire progressivement sur 3 mois.
_____ Initiales	VB3	Autre situation clinique	

_____ Nom	_____ Prénom	_____ # prescripteur
_____ Date et heure (AAAA-MM-JJ)	_____ Signature et titre	_____ # permis

☐ FAX envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf)