

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## SEVRAGE D'ALCOOL AMBULATOIRE 65 ANS ET MOINS

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Allergies : \_\_\_\_\_ Clairance créatinine : \_\_\_\_\_ mL/min

Date de début de l'ordonnance : \_\_\_\_\_ AAAA-MM-JJ

**Critères d'exclusion** : grossesse, âge de plus de 65 ans, antécédent de sevrage ROH compliqué (delirium tremens ou convulsion), antécédent d'épilepsie, problème de santé mentale actif, troubles cognitifs, maladie chronique non contrôlée, cirrhose décompensée.

| Quantité totale : QT                                                           | En réserve : R | Renouvellement : REN                     | Pharmacie communautaire |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------|-------------------------|
| <b>SUPPLÉMENT VITAMINIQUE</b>                                                  |                |                                          |                         |
| _____ Thiamine 100 mg PO DIE x 7 jours<br>Initiales                            |                | REN : _____ R : <input type="checkbox"/> |                         |
| _____ Acide folique 5 mg PO DIE X 7 jours (si dénutrition sévère)<br>Initiales |                | REN : _____ R : <input type="checkbox"/> |                         |
| _____ Vitamine B6 50 mg PO DIE X 7 jours (si dénutrition sévère)<br>Initiales  |                | REN : _____ R : <input type="checkbox"/> |                         |

| LORAZÉPAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <b>Lorazépam fixe HAUTE dose</b><br>J1 : 2 mg PO QID (4 co) J5 : 1 mg PO BID (2 co)<br>J2 : 2 mg PO QID (4 co) J6 : 1 mg PO BID (2 co)<br>J3 : 2 mg PO TID (3 co) J7 : 1 mg PO HS (1 co)<br>J4 : 1 mg PO TID (3 co)                                                                                                                   |  | Servir DIE : <input type="checkbox"/> |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                       |
| <b>Lorazépam fixe FAIBLE dose</b><br>J1 : 1 mg PO QID (4 co) J5 : 0,5 mg PO BID (1 co)<br>J2 : 1 mg PO QID (4 co) J6 : 0,5 mg PO BID (1 co)<br>J3 : 1 mg PO TID (3 co) J7 : 0,5 mg PO HS (½ co)<br>J4 : 0,5 mg PO TID (1½ co)                                                                                                         |  | Servir DIE : <input type="checkbox"/> |
| OU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                       |
| <b>Lorazépam flexible (basé sur les symptômes)</b><br>J1 : _____ mg PO q 4-6 h PRN (____ co) J5 : _____ mg PO q 8 h PRN (____ co)<br>J2 : _____ mg PO q 6-8 h PRN (____ co) J6 : _____ mg PO q 12 h PRN (____ co)<br>J3 : _____ mg PO q 8 h PRN (____ co) J7 : _____ mg PO HS PRN (____ co)<br>J4 : _____ mg PO q 6-8 h PRN (____ co) |  | Servir DIE : <input type="checkbox"/> |
| <b>Doses additionnelles au besoin en plus des doses régulières si symptômes de sevrage importants</b>                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                       |
| _____ Lorazépam _____ mg PO PRN (____ co)<br>Initiales                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Servir DIE : <input type="checkbox"/> |

|                                                   |                           |                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| _____                                             | _____                     | _____                                       |
| Date et heure (aaaa/mm/jj)                        | Signature du prescripteur | # permis                                    |
| <input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.) | Heure d'envoi : _____     | Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.) |

**SEVRAGE D'ALCOOL AMBULATOIRE  
65 ANS ET MOINS  
(SUITE)**

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

| <b>DIAZÉPAM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Diazépam fixe HAUTE dose</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Servir DIE : <input type="checkbox"/> |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | J1 : 10 mg PO QID (4 co)      J5 : 10 mg PO BID (2 co)<br>J2 : 10 mg PO QID (4 co)      J6 : 10 mg PO DIE (1 co)<br>J3 : 10 mg PO TID (3 co)      J7 : 5 mg PO HS (1 co)<br>J4 : 10 mg PO BID (2 co)                                                                               |                                       |
| <b>OU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <b>Diazépam fixe FAIBLE dose</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | J1 : 5 mg PO QID (4 co)      J5 : 5 mg PO BID (2 co)<br>J2 : 5 mg PO QID (4 co)      J6 : 5 mg PO DIE (1 co)<br>J3 : 5 mg PO TID (3 co)      J7 : 2,5 mg PO HS (1/2 co)<br>J4 : 5 mg PO BID (2 co)                                                                                 |                                       |
| <b>OU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Servir DIE : <input type="checkbox"/> |
| <b>Dose flexible (basée sur les symptômes)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | J1 : ____ mg PO q 4-6 h PRN (____ co)    J5 : ____ mg PO q 12 h PRN (____ co)<br>J2 : ____ mg PO q 4-6 h PRN (____ co)    J6 : ____ mg PO q 12 h PRN (____ co)<br>J3 : ____ mg PO q 6-8 h PRN (____ co)    J7 : ____ mg PO HS PRN (____ co)<br>J4 : ____ mg PO q 8 h PRN (____ co) |                                       |
| <b>Doses additionnelles au besoin en plus des doses régulières si symptômes de sevrage importants</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Diazépam ____ mg PO PRN (____ co)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Initiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Servir DIE : <input type="checkbox"/> |
| <b>GABAPENTINE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Seulement si syndrome de sevrage léger à modéré avec faible risque de complications ou de développer un syndrome de sevrage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <b>Dose régulière :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Servir DIE : <input type="checkbox"/> |
| Initiales    Gabapentine ____ mg PO _____ x ____ jours, puis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Initiales    Gabapentine ____ mg PO _____ x ____ jours, puis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Initiales    Gabapentine ____ mg PO _____ x ____ jours, puis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Initiales    Gabapentine ____ mg PO _____ x ____ jours, puis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Initiales    Gabapentine ____ mg PO _____ x ____ jours.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <b>Doses additionnelles au besoin en plus des doses régulières :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Servir DIE : <input type="checkbox"/> |
| Initiales    Gabapentine ____ mg PO _____ PRN en entre-doses (____ doses)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| Initiales    Gabapentine ____ mg PO HS PRN (____ doses)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <b>Posologie recommandée : 100-300 mg PO TID (+/- PRN) augmenter graduellement ad max de 1800 mg/jour selon tolérance</b><br>Clcr entre 30 et 59 mL/min : limiter à 300 mg PO BID - Clcr entre 15 et 29 mL/min : limiter à 300 mg PO DIE -<br>Clcr inférieure à 15 mL/min : limiter à 100 mg DIE<br>Quand l'état est stabilisé, diminuer par paliers de 100 à 200 mg PO TID durant 3 à 7 jours, sauf si l'administration de gabapentine est poursuivie pour la prévention de rechute, auquel cas se référer au protocole médical national N° 888027 de INESSS. |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____</span> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Date et heure (aaaa/mm/jj)</span> <span>Signature du prescripteur</span> <span># permis</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.)      Heure d'envoi : _____      Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |

**SEVRAGE D'ALCOOL AMBULATOIRE  
65 ANS ET MOINS  
(SUITE)**

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

| INSOMNIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div> <div>J5 : Mirtazapine 15 mg PO HS PRN</div> <div>Initiales</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <div> <div>QT : ____ Servir DIE : <input type="checkbox"/></div> <div>REN : ____ R : <input type="checkbox"/></div> </div> |
| <div> <div>J5 : Trazodone <input type="checkbox"/> 25 mg à 50 mg PO HS PRN</div> <div>Initiales</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <div> <div>QT : ____ Servir DIE : <input type="checkbox"/></div> <div>REN : ____ R : <input type="checkbox"/></div> </div> |
| <div> <div>J5 : Mélatonine 5 mg PO HS PRN</div> <div>Initiales</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <div> <div>QT : ____ Servir DIE : <input type="checkbox"/></div> <div>REN : ____ R : <input type="checkbox"/></div> </div> |
| Médicament non remboursé par la RAMQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                            |
| À LA FIN DU SEVRAGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                            |
| <div> <div>Naltrexone (Revia) 25 mg PO DIE X 5 jours, puis 50 mg PO DIE par la suite</div> <div>Initiales</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div> <div>QT : ____ Servir DIE : <input type="checkbox"/></div> <div>REN : ____ R : <input type="checkbox"/></div> </div> |
| <div> <div>Acamprosate (Campral) (si contre-indication à la naltrexone) (Médicament d'exception RAMQ)</div> <div>Initiales</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                            |
| <div> <div> <input type="checkbox"/> ClCr supérieure à 50 mL/min : 666 mg PO TID X 3 mois                 <input type="checkbox"/> Poids inférieur à 60 kg : considérer réduire à 666 mg PO BID X 3 mois                 <input type="checkbox"/> ClCr entre 30 et 50 mL/min : 333 mg PO TID X 3 mois                 <input type="checkbox"/> * ClCr inférieure à 30 mL/min : contre indiqué             </div> </div> |                                                                                                                            |
| <div> <div>QT : ____ Servir DIE : <input type="checkbox"/></div> <div>REN : ____ R : <input type="checkbox"/></div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                            |

|                                                   |                           |                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| _____                                             | _____                     | _____                                       |
| Date et heure (aaaa/mm/jj)                        | Signature du prescripteur | # permis                                    |
| <input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.) | Heure d'envoi : _____     | Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.) |