

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM
 Nom, Prénom de la mère : _____

TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES (TUO) BUPRÉNORPHINE/NALOXONE (SUBOXONE)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
 Allergies : _____

Période de validité de l'ordonnance

Du : _____ au _____ Inclusivement.
 jour mois année jour mois année

Posologie quotidienne : _____ Qté totale : _____ Fraction : _____

L'usager doit prendre sa dose prescrite devant le pharmacien _____ jour(s)/semaine.

L'usager ne peut jamais apporter plus de _____ mg chez lui entre les dates où il doit prendre sa médication devant le pharmacien.

Ne pas dispenser si la personne est intoxiquée par des médicaments, des drogues ou de l'alcool.

Advenant l'absence de l'usager à la pharmacie pendant (3) jours consécutifs, calculé à partir du jour où il doit prendre sa dose sous la supervision du pharmacien, l'usager doit être réévalué. SVP ne pas servir ad nouvel ordre et aviser l'équipe traitante.

AUTRES ORDONNANCES

Nom, prénom : _____
 Établissement : _____
 Téléphone : _____
 Équipe traitante : _____

Nom du pharmacien : _____ Télécopieur : _____
 Cette ordonnance est l'originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. Le document original ne sera pas réutilisé.

 Date et heure (aaaa/mm/jj)

 Signature du prescripteur

 # permis

☐ Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)