

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) MÉTHADONE

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 : _____

Toute dose du médicament doit toujours être diluée dans 100 mL de jus.

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

L'usager ne peut jamais apporter plus de _____ doses chez lui entre les dates où il doit prendre le médicament 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 MÉDICAMENTS

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.)