

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) MORPHINE LONGUE ACTION 24 H (KADIAN)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

Période de validité de l'ordonnance

_____ au _____ inclusivement.
jour mois année jour mois année

Posologie quotidienne : _____ Qté totale : _____ Fraction : _____

L'utilisateur doit prendre sa dose prescrite sous la supervision du pharmacien _____ jour(s)/semaine.

Dose prescrite sous supervision :

_____ Option 1 : la capsule doit être ouverte par le professionnel, les billes ne doivent pas être écrasées, ni croquées. Elles
Initiales doivent être avalées par l'utilisateur dans la compote ou suivi de la prise d'eau ou de jus.

_____ Option 2 : la capsule peut être avalée entière.

Initiales

L'utilisateur ne peut jamais apporter plus de _____ doses chez lui entre les dates où il doit prendre cette 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'utilisateur à la pharmacie pendant (2) jours consécutifs, calculé à partir du jour où il doit prendre sa dose sous la supervision du pharmacien, l'utilisateur doit être réévalué. SVP ne pas servir ad nouvel ordre et contacter l'équipe traitante.

Prière d'inscrire au DSQ la mention : « SOUS TRAITEMENT DU TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES »

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.)