

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

INDUCTION DE BUPRENORPHINE + NALOXONE (Suboxone^{MC}) PAR MICRODOSAGE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

Le principe du microdosage est d'ajouter graduellement des microdoses de buprénorphine+naloxone (Suboxone^{MC}) dans l'objectif de minimiser les symptômes de sevrage à l'autre opioïde qu'on peut arrêter lorsqu'on a atteint une dose thérapeutique de buprénorphine+naloxone (Suboxone^{MC}).

Débuter ☐ ce jour ☐ autre date : _____

_____ Buprénorphine+naloxone (Suboxone^{MC}) sublinguale, **protocole court** → À privilégier pour opioïde de courte action

Initiales

	☐ Protocole court BID (standard interne ou externe)	☐ Protocole court DIE (pour courte action faible quantité)	
Jour 1	0,5 mg DIE	0,5 mg DIE	L'ordonnance d'opioïde doit être suivie sans changement du jour 1 à 7 L'usager sera réévalué au jour 8 et Une nouvelle ordonnance sera rédigée
Jour 2	0,5 mg BID	1 mg DIE	
Jour 3	1 mg BID	1,5 mg DIE	
Jour 4	2 mg BID	2 mg DIE	
Jour 5	3 mg BID	2,5 mg DIE	
Jour 6	4 mg BID	3 mg DIE	
Jour 7	6 mg BID	4 mg DIE	
Jour 8	12 mg DIE	8 mg DIE	

_____ Buprénorphine+naloxone (Suboxone^{MC}) sublinguale, **protocole long/adapté** → À privilégier pour fentanyl/méthadone

Initiales

	☐ Protocole long BID	☐ Protocole long DIE	
Jour 1	0,5 mg BID	0,5 mg DIE	L'ordonnance d'opioïde doit être suivie sans changement du jour 1 à 13 L'usager sera réévalué au jour 14 et une nouvelle ordonnance sera rédigée
Jour 2	0,5 mg BID	1 mg DIE	
Jour 3	1 mg BID	1,5 mg DIE	
Jour 4	1 mg BID	2 mg DIE	
Jour 5	2 mg BID	2,5 mg DIE	
Jour 6	2 mg BID	3 mg DIE	
Jour 7	3 mg BID	4 mg DIE	
Jour 8	3 mg BID	5 mg DIE	
Jour 9	4 mg BID	6 mg DIE	
Jour 10	4 mg BID	7 mg DIE	
Jour 11	6 mg BID	8 mg DIE	
Jour 12	6 mg BID	10 mg DIE	
Jour 13	8 mg BID	12 mg DIE	
Jour 14	16 mg DIE	12 mg DIE	

*** Par convention, le nombre de mg indiqué dans les posologies correspond aux mg de buprénorphine***

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

INDUCTION DE BUPRENORPHINE + NALOXONE (Suboxone^{MC}) PAR MICRODOSAGE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

**Les opioïdes agonistes peuvent habituellement être cessée ou réduits dès 8 mg de buprénorphine
(ils sont habituellement cessés au dernier jour du protocole, ou peuvent être cessés par étapes)**

En l'absence d'une prescription d'opioïdes déjà en cours, prévoir un traitement agoniste opioïdes à prendre en parallèle au microdosage

Quantité totale : QT Fraction : F Servir : S En réserve : R				Pharmacie communautaire
_____	HYDROMorphone _____ mg	☐ PO ☐ SC q 4 h régulier		QT : _____ S : ☐
Initiales	Du jour _____ au jour _____ (inclus) du calendrier de microdosage puis CESSER			F : _____ R : ☐
	OU			
_____	HYDROMorphone longue action (12 h) _____ mg	PO BID		QT : _____ S : ☐
Initiales	Du jour _____ au jour _____ (inclus) du calendrier de microdosage puis CESSER			F : _____ R : ☐
	Autre : _____			QT : _____ S : ☐
				F : _____ R : ☐

_____ Cesser méthadone au jour _____

Initiales

_____ Cesser morphine à libération lente uniquequotidienne au jour _____

Initiales

_____ Cesser _____ au jour _____

Initiales

Période de validité de l'ordonnance

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

Consignes pour le pharmacien

☐ L'usager doit prendre la dose du matin devant le pharmacien et, s'il y a lieu, le pharmacien doit remettre la dose du soir à l'usager pour prise autonome

OU

☐ Le pharmacien doit servir le protocole de microdosage en pilulier hebdomadaire

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

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