

PROGRAMME DE FORMATION

TRAITEMENT DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'OPIOÏDES :

Une approche de collaboration interdisciplinaire

Volet pharmaciens

Documents annexés

Ordonnance de buprénorphine-naloxone

Date (JJ/MM/AAAA): ____/____/____

DDN : ____/____/____

Nom :

Prénom :

Période du (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____ au ____/____/____ inclusivement

<input checked="" type="checkbox"/>		
	Posologie journalière (dose simple)	mg
	Posologie aux 2 jours (double sa dose journalière : maximum de 32 mg)	mg

Précisions sur la dose du médicament

- Le patient doit prendre sa dose prescrite devant le pharmacien _____ jours/semaine.
- **Le patient 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 semble intoxiquée par des médicaments, des drogues ou de l'alcool.
- **Redosage** nécessaire suite à une absence de trois (3) jours consécutifs calculés à partir du jour attendu à la pharmacie.
Ne pas servir jusqu'à nouvel ordre et avisez l'équipe traitante.

Autres Rx

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom du pharmacien :

Télécopieur :

Date/heure :

Certification du prescripteur

Je certifie que :

- Cette ordonnance est une ordonnance originale.
- Le pharmacien identifié et précité est le seul destinataire.
- L'original ne sera pas réutilisé.

Signature du médecin :

Estampe

N° de permis :

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE SERVICES RÉGULIERS
110, rue Prince-Arthur Ouest,
Montréal (Québec) H2X 1S7
Téléphone : 514 527-6939
Télécopieur : 514 527-0031

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE RELAIS
1015, rue Sainte-Catherine Est,
Montréal (Québec) H2L 2G4
Téléphone : 514 847-9300
Télécopieur : 514 847-0601

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE ROND-POINT
2260, rue Logan,
Montréal (Québec) H2K 4K7
Téléphone : 438 386-4050 #3
Télécopieur : 438 386-6537

Contrat de Soins concernant les opioïdes
Clinique Antidouleur
CHUM

Objectif du contrat :

- 1) Prendre conscience du plan de traitement
- 2) Favoriser un engagement mutuel entre le patient et le médecin
- 3) Connaitre les effets secondaires et les risques associés à la prise des opiacés
- 4) Aider les patients à risque

Vous acceptez que Dr _____ soit **le seul** médecin qui prescrira et ajustera les opioïdes (aussi appelés opiacés ou narcotiques) pour votre traitement.

Vous vous engagez à recevoir vos opioïdes d'**une seule pharmacie**.

Nom de la pharmacie : _____

Numéro de téléphone : _____

Vous vous engagez à respecter **la posologie** des médicaments prescrits.

Vous vous engagez à ne pas demander ou recevoir de prescription d'opioïdes (exemple : morphine, oxycodone, hydromorphone, méthadone, fentanyl) par un autre médecin.

S'il vous est impossible de vous présenter au jour ou à l'heure de votre rendez-vous avec un des intervenants de la Clinique, vous devez nous en aviser au moins 24 heures à l'avance. Il est de votre responsabilité de respecter l'horaire de vos rendez-vous.

Vous vous engagez à conserver les opioïdes dans un endroit sécuritaire.

Vous acceptez qu'il y ait un transfert de communication (discussion à votre sujet) entre Dr _____ et / ou le pharmacien de la clinique et votre pharmacien communautaire.

Vous acceptez de vous soumettre à des dépistages urinaires de drogues régulièrement. Un dépistage positif à une substance illicite (non autorisée) entraînera la cessation des opioïdes et une prescription de sevrage sera transmise à votre pharmacie. D'autres options thérapeutiques vous seront offertes pour le contrôle de vos douleurs. Une évaluation et une prise en charge par l'équipe de médecine des toxicomanies seront demandées.

Aucun renouvellement de médicament ne sera fait avant la fin de votre prescription.

Aucune prescription perdue, détruite ou volée ne sera renouvelée.

Vous vous engagez à vous impliquer et à accomplir tous les aspects du plan de traitement proposé par votre médecin, incluant les traitements physiques,

pharmacologiques et psychologiques.

Les principaux effets secondaires des opioïdes sont : la constipation, la somnolence, les étourdissements. La manipulation sécuritaire d'appareils dangereux et la conduite automobile peuvent être affectées par la prise des opioïdes. Ne conduisez pas ou ne manipulez pas d'objets dangereux tant que la dose des opioïdes n'est pas stabilisée et que la somnolence a disparu.

Les opioïdes peuvent modifier la production de certaines hormones (testostérone, cortisol, etc.). Votre médecin va possiblement vérifier le taux de ces hormones dans votre sang ou vous référer à votre médecin de famille ou à un spécialiste pour le faire.

En aucun temps vous ne pouvez partager votre médication avec quelqu'un d'autre. Ceci peut être dangereux et illégal.

Les opioïdes peuvent conduire à des complications graves voire mortelles, s'ils ne sont pas utilisés selon la prescription. N'augmentez en aucun cas votre dose ou ne consommez pas le médicament autrement que selon la prescription et les indications fournies par votre médecin ou pharmacien.

Vous devez avoir ou trouver un médecin de famille qui prendra soin de vous à la suite de votre prise en charge à la Clinique.

Vous devez participer à une prise en charge multidisciplinaire (groupe d'information et d'éducation, psychologie, physiothérapie, ergothérapie, nutrition), lorsque recommandée par votre médecin.

Tout comportement verbalement ou physiquement abusif envers le personnel médical ou administratif entraîne le congé immédiat de la Clinique.

Je suis en accord avec ce contrat et je comprends tous les éléments qu'il comporte.

On a répondu de façon adéquate à mes questions.

Cette entente a été signée le _____

Nom du patient : _____ Signature : _____

Nom du médecin : _____ Signature : _____

Ordonnance de morphine longue action 24h (KADIAN^{md})

Date (JJ/MM/AAAA): ____/____/____

DDN : ____/____/____

Nom :

Prénom :

Période du (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____ au ____/____/____ inclusivement

Posologie quotidienne : _____ mg

Le patient doit prendre sa dose quotidienne devant le pharmacien _____ jours/semaine.

Si le médicament est omis deux (2) jours consécutifs, le patient doit être réévalué. Ne pas servir jusqu'à nouvel ordre et contacter l'équipe traitante.

Au besoin, cochez :

La capsule doit être ouverte, ne pas écraser les billes qui doivent être avalées par le patient (avec compote ou suivi de la prise d'eau/jus) lors d'une prise supervisée.

Le patient 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 sous l'effet de l'alcool ou intoxiquée par des médicaments ou des drogues.

Autres Rx

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom du pharmacien :

Télécopieur :

Date/heure :

Certification du prescripteur

Je certifie que :

- Cette ordonnance est une ordonnance originale.
- Le pharmacien identifié et précité est le seul destinataire.
- L'original ne sera pas réutilisé.

Signature du médecin :

Estampe

N° de permis :

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE SERVICES RÉGULIERS
110, rue Prince-Arthur Ouest,
Montréal (Québec) H2X 1S7
Téléphone : 514 527-6939
Télécopieur : 514 527-0031

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE RELAIS
1015, rue Sainte-Catherine Est,
Montréal (Québec) H2L 2G4
Téléphone : 514 847-9300
Télécopieur : 514 847-0601

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE ROND-POINT
2260, rue Logan,
Montréal (Québec) H2K 4K7
Téléphone : 438 386-4050 #3
Télécopieur : 438 386-6537

Ordonnance de méthadone

Date (JJ/MM/AAAA): ____/____/____

DDN : ____/____/____

Nom :

Prénom :

Période du (JJ/MM/AAAA) : ____/____/____ au ____/____/____ inclusivement

Posologie quotidienne : _____ mg

Précisions sur la dose du médicament

- Toute dose du médicament doit toujours être diluée dans 100 ml de jus.
- Le patient doit boire sa dose quotidienne devant le pharmacien _____ jours/semaine.
- Le patient 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 sous l'effet de l'alcool ou intoxiquée par des médicaments ou des drogues.
- Si le médicament est omis trois (3) jours consécutifs, ne pas servir jusqu'à nouvel ordre et aviser l'équipe traitante.

Autres Rx

QTc : _____

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom du pharmacien :

Télécopieur :

Date/heure :

Certification du prescripteur

Je certifie que :

- Cette ordonnance est une ordonnance originale.
- Le pharmacien identifié et précité est le seul destinataire.
- L'original ne sera pas réutilisé.

Signature du médecin :

Estampe

N° de permis :

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE SERVICES RÉGULIERS
110, rue Prince-Arthur Ouest,
Montréal (Québec) H2X 1S7
Téléphone : 514 527-6939
Télécopieur : 514 527-0031

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE RELAIS
1015, rue Sainte-Catherine Est,
Montréal (Québec) H2L 2G4
Téléphone : 514 847-9300
Télécopieur : 514 847-0601

PROGRAMME CRAN
POINT DE SERVICE ROND-POINT
2260, rue Logan,
Montréal (Québec) H2K 4K7
Téléphone : 438 386-4050 #3
Télécopieur : 438 386-6537