



ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE (EN EXTERNE)

INDUCTION BUPRÉNORPHINE/NALOXONE (SUBOXONE^{MD})

Valide pour la période du : ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ inclusivement ____ jours (max : 7 jours)

ÉLIGIBILITÉ AU TRAITEMENT

CRITÈRES D'INCLUSION (doit répondre aux trois critères ci-dessous) :

- Patient âgé de 18 ans et plus
- Diagnostic de trouble d'usage des opioïdes
- Patient accepte l'induction à la Buprénorphine/Naloxone (Suboxone^{MD})

CONDITIONS PARTICULIÈRES :

- Patiente enceinte : Contacter directement le médecin de garde au CRD

EXCLUSIONS :

- Déjà sous traitement agoniste aux opiacés (TAO) (ex : méthadone, suboxone^{MD} ou kadian^{MD})
- Allergie à la Buprénorphine/Naloxone (Suboxone^{MD})
- Patient suivi pour douleur chronique traité à l'aide de narcotiques
- Patient en investigation pour douleurs aiguës
- Chirurgie prévue à court terme
- Patient intoxiqué à d'autres substances
- Patient en sevrage d'alcool, GHB ou benzodiazépines
- Insuffisance hépatique sévère

PRISE EN CHARGE INITIALE

INIT.

Dépistage des drogues urinaires

- Compléter le formulaire **REG0964 Référence services régionaux en dépendance** pour référence au CRD
- Discussion avec le médecin de garde au CRD recommandée

JOUR 1 : À L'URGENCE/PHARMACIE

Si cas discuté avec le médecin du CRD :

Nom du médecin pour référence : _____

Date prévue du premier rendez-vous au CRD : ____ / ____ / ____

Dose totale (en buprénorphine) reçue à l'urgence : ____ mg sublingual (Date : ____ / ____ / ____)

Si doses PRN REMISES au patient par l'urgence au jour 1 (pour information) :

Doses PRN remises au patient au congé : _____ comprimés de Buprénorphine/Naloxone (Suboxone^{MD}) 2 mg/0,5 mg sublingual

Médecin: _____ Signature: _____ N° permis: _____ Date: _____ Heure : _____

Nom :



Site :
Dossier:

ORDONNANCES POUR LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

Si doses PRN **NON REMISES** par l'urgence au Jour 1, remettre au patient (prescription) :

- INIT.** Buprénorphine/Naloxone (Suboxone^{MD}) 2 mg /0,5 mg sublingual : _____ comprimés (max : 2 co)
1 comprimé sublingual aux 2 à 4 heures si symptômes de sevrage (**max : 8 mg dose totale quotidienne de buprénorphine**)
- INIT.** Naloxone (Narcan^{MD}) trousse intranasale + enseignement

JOUR 2 : EN PHARMACIE – AJUSTEMENT AUTONOME PAR LE PHARMACIEN

- INIT.** Prendre la dose totale de Buprénorphine/Naloxone (Suboxone^{MD}) des dernières 24 h devant le pharmacien (max : 8 mg)
- INIT.** Buprénorphine/Naloxone (Suboxone^{MD}) 2 mg/0,5 mg sublingual : 2 comprimés
1 comprimé sublingual aux 2 à 4 heures si symptômes de sevrage
(**max : 12 mg dose totale quotidienne de buprénorphine**)

JOUR 3 : EN PHARMACIE – AJUSTEMENT AUTONOME PAR LE PHARMACIEN

- INIT.** Prendre la dose totale de Suboxone^{MD} des dernières 24 h devant le pharmacien (max : 12 mg)
- INIT.** Buprénorphine/Naloxone (Suboxone^{MD}) 2 mg/0,5 mg sublingual : 1 ou 2 comprimés (si dose quotidienne de 12 mg non atteinte)
1 comprimé sublingual aux 2 à 4 heures si symptômes de sevrage
(**max : 12 mg dose totale quotidienne de buprénorphine**)

JOUR 4 : EN PHARMACIE – AJUSTEMENT AUTONOME PAR LE PHARMACIEN

- INIT.** Prendre la dose totale de Buprénorphine/Naloxone (Suboxone^{MD}) des dernières 24 h devant le pharmacien (max : 12 mg)
Poursuivre cette dose DIE jusqu'au jour 7 ou jusqu'au rendez-vous avec le CRD

AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

Quantité maximale de Buprénorphine/Naloxone (Suboxone^{MD}) à servir pour compléter l'induction en externe :

	Doses maximales à servir
Jour 1	8 co de 2 mg
Jour 2 à 7	6 co de 2 mg par jour (max 12 mg/jour)
<i>Servir la dose quotidiennement jusqu'au rendez-vous avec le CRD</i>	

- Ne pas servir si l'usager est sous l'effet de l'alcool ou intoxiqué par des médicaments ou drogues.
- Si la médication est omise 3 jours consécutifs, **servir une demi-dose**. Si omise plus de 5 jours, ne pas servir jusqu'à nouvel ordre.
- Pour toutes questions, contacter le CRD au 418 695-7700, poste 2627 de 8 h à 16 h du lundi au vendredi.
- En cas d'urgence ou en heure défavorable, faire signaler le médecin de garde du CRD.

**LA PRÉSENTE ORDONNANCE ANNULE TOUTE AUTRE ORDONNANCE ANTÉRIEURE
DE MÉTHADONE, SUBOXONE^{MD} OU KADIAN^{MD}**

Médecin: _____ Signature: _____ N° permis: _____ Date: _____ Heure : _____