



New Brunswick College of Pharmacists Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick

MODÈLES DE PRATIQUE POUR LE TRAITEMENT PAR AGONISTES OPIOÏDES

Document d'accompagnement de la Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes
(Politique GM-PP-OAT-01)

Vous trouverez dans le présent document des formats suggérés de formulaires pour les patients, le processus et le programme de gestion de la qualité (PGQ). Ceux-ci sont destinés à être adaptés par vous pour votre lieu de pratique, mais rien ne vous empêche de créer les vôtres. La documentation doit être complète et répondre aux exigences de la Directive professionnelle sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO) publiée en 2022.

Avis de non-responsabilité : La pratique ultérieure pourrait exiger une adaptation de ces modèles, mais l'Ordre n'effectuera pas de mise à jour du présent document. Nous vous encourageons à vous reporter à la directive professionnelle sur le TAO de même qu'aux ressources nécessaires et à adapter les outils de pratique en fonction de votre lieu de pratique.

Axée sur le patient

1. Entente entre le pharmacien et le patient (méthadone)
2. Entente entre le pharmacien et le patient (buprénorphine/naloxone)
3. Entente entre le pharmacien et le patient (morphine orale à libération lente unique quotidienne (LLU))
4. Entente sur les doses non supervisées (méthadone)
5. Entente sur les doses non supervisées (buprénorphine/naloxone)
6. Journal d'administration - méthadone
7. Journal d'administration - buprénorphine/naloxone
8. Journal d'administration - morphine orale à libération lente unique quotidienne
9. Formulaire DAP pour la communication interprofessionnelle
10. Formulaire de demande de clarification d'une ordonnance
11. Communication par télécopieur entre pharmacies
12. Liste des personnes-ressources de partenariats communautaires

Axée sur le processus

1. Modèle et exemples d'ordonnances pour la méthadone
2. Exemples d'étiquettes de doses non supervisées
3. Journal de préparation de la méthadone
4. Journal de préparation de la méthadone - grande quantité
5. Consignation des pertes et renversements de méthadone

PGQ

1. Mesures à prendre en cas d'erreurs d'administration
2. Formation des membres de l'équipe de pharmacie
3. Étalonnage de la Dispensette
4. Étalonnage quotidien de MethaMeasure

Table de correspondance des ressources

La présente directive professionnelle établit les normes minimales applicables par l'équipe de la pharmacie en matière de traitement d'entretien par agonistes opioïdes (TAO). Des détails supplémentaires concernant les aspects du TAO abordés aux présentes, y compris la pharmacologie et la thérapeutique, les critères régissant les doses non supervisées et de l'information sur la posologie, se trouvent dans les ressources énumérées ci-dessous.

Information	CAMH, <i>Opioid Agonist Maintenance Treatment</i> , 3 ^e éd. ¹	Autre
Allaitement	Section 7	
Cessation du traitement	Annexe 10	
Critères régissant les doses non supervisées		Référence 3; annexe 4
Diminution progressive des doses	Section 7 et tableaux 7.1 et 7.4	
Doses manquées	Section 7	
Dose vomie	Tableau 7.1 et 7.4	
Douleur (traitement de la)	Section 8	
Grossesse	Section 7	
Hospitalisation	Section 9	
Incarcération	Section 9	
Induction (buprénorphine/naloxone)	Section 7 et annexe 14 (Clinical Opiate Withdrawal Scale)	Référence 3; annexe 2 et annexes 6 et 7
Interactions	Section 2 et annexe 2	
Pharmacologie/pharmacocinétique	Section 2	
Perte ou vol de doses	Section 6 (p. 58 facultatif)	
Populations particulières (aînés, adolescents)	Section 7	
Posologie (buprénorphine/naloxone)	Section 7	Référence 3; annexe 2
Posologie(méthadone)	Section 7	Référence 3; annexe 1
Posologie (LLU)		Référence 3; annexe 3
Sevrage	Annexe 3	
Surdosage	Section 2	Référence 3; p. 23, p. 32, annexes 1 et 2
TAO injectable (hydromorphone)		Référence 2 et référence 4
Toxicité	Section 2	

1. [Opioid Agonist Maintenance Treatment: a pharmacist's guide to methadone and buprenorphine for opioid use disorder](#) (CAMH, troisième édition, 2015, P. Isaac, et coll.).

2. http://library.bcpharmacists.org/6_Resources/6-2_PPP/1049-PPP67_Policy_Guide_iOAT.pdf

3. http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OD-Guidelines_June2017.pdf

4. https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2021/07/BC_iOAT_Guideline.pdf

MODÈLE

Entente entre le pharmacien et le patient (**méthadone**)

Nom du client : _____

Date : _____

Date de renouvellement : _____

Entente entre le pharmacien et le patient (méthadone)

Nom : _____ Adresse : _____

N° de tél. : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ Prescripteur : _____

NOTRE ENGAGEMENT ENVERS VOUS : *En tant que pharmaciens, nous croyons aux principes du programme de traitement d'entretien par la méthadone et au rôle utile qu'il peut jouer pour améliorer la vie et la santé des gens.*

Pour vous aider à atteindre vos objectifs dans le cadre du programme, nous prenons les engagements suivants :

Nous vous traiterons en tout temps avec professionnalisme et respect. Nous faisons partie intégrante de votre équipe de soins de santé et nous communiquerons au besoin avec les autres professionnels de la santé qui s'occupent de vous. Nous pourrions aborder certaines questions avec votre prescripteur de méthadone, notamment dans les situations suivantes :

- si vous manquez une ou plusieurs doses;
- si vous refusez de boire en entier la dose de méthadone prescrite;
- si vous semblez intoxiqué ou dans un état de sédation à votre arrivée à la pharmacie;
- si des doses de méthadone doivent être remplacées en cas de perte, de vol ou de vomissements;
- si vous recevez d'un autre prescripteur des médicaments susceptibles d'interagir avec la méthadone.

Nous vous fournirons la méthadone sous la forme exacte demandée par votre prescripteur. Nous ne pouvons pas vous remettre de doses supplémentaires ni de doses anticipées ou doses non supervisées, à moins que cela ne soit indiqué sur votre ordonnance. Pour votre sécurité, nous validerons votre identité, ce qui pourrait impliquer de conserver une photo de vous à nos dossiers, d'exiger que vous présentiez une pièce d'identité avec photo ou d'utiliser la technologie de prise d'empreintes digitales avant de vous administrer de la méthadone.

Nous devons vous regarder boire la dose de méthadone et avoir une conversation avec vous par la suite. Il est possible que nous vous demandions également de boire de l'eau après avoir avalé votre dose. Vous pouvez choisir de prendre votre médicament sous observation dans une aire privée ou semi-privée; veuillez nous faire connaître votre préférence.

Afin de pouvoir vous joindre pour vous communiquer des renseignements importants, nous vous demanderons souvent vos coordonnées actuelles; c'est là nécessaire, car en cas de mauvais temps, de coupures de courant ou de catastrophes naturelles ou d'origine humaine, nous devons prendre contact avec vous afin de vous indiquer la marche à suivre pour accéder à vos médicaments. Si, **en cas d'urgence**, vous ne pouvez être joint aux coordonnées que vous avez demandé de privilégier, **l'équipe de la pharmacie utilisera toutes les options disponibles pour vous joindre.**

VOTRE ENGAGEMENT ENVERS NOUS :

Je n'arriverai pas à la pharmacie avant l'heure d'ouverture. J'arriverai pour prendre ma dose quotidienne entre et _____ tous les jours (idéalement le matin et à la même heure chaque jour). Je reconnais qu'au moins 16 heures doivent s'écouler entre les doses de méthadone.

J'informerai toujours l'équipe de la pharmacie en cas de changement de mes coordonnées; je comprends qu'il

s'agit pour le pharmacien d'une information essentielle, puisqu'elle est utilisée pour communiquer avec moi en cas d'urgence. Si, en cas d'urgence, je ne peux pas être joint aux coordonnées que j'ai demandé de privilégier, l'équipe utilisera toutes les options disponibles pour me joindre.

Je respecterai le voisinage de la pharmacie. Je m'assurerai que tous les emballages et déchets de la pharmacie sont jetés dans les poubelles fournies à cette fin. Je serai respectueux envers les autres, y compris le personnel, les autres clients et les voisins de la pharmacie. Je n'agresserai aucun membre du personnel, que ce soit verbalement ou autrement.

Si on me prescrit des doses de méthadone non supervisées, je les conserverai de façon sécuritaire chez moi et j'aurai toujours avec moi ma boîte fermée à clé et la clé correspondante. Je m'engage à ne pas accumuler les doses de méthadone. Je m'assurerai que les bouchons des flacons à emporter à domicile sont bien fermés et que les doses sont conservées en lieu sûr, hors de la portée des autres personnes, tout particulièrement des enfants.

Je confirmerai la réception du nombre approprié de doses supervisées et de doses non supervisées (s'il y a lieu) et je signerai les documents requis. Je comprends que la pharmacie pourrait me demander de présenter une pièce d'identité avec photo avant l'administration de la méthadone.

Je comprends qu'on pourrait refuser d'exécuter mon ordonnance de méthadone si j'ai consommé d'autres substances. Je comprends que les abus de drogues seront signalés au prescripteur de méthadone. Je ne m'adonnerai à aucune activité illégale à la clinique/au cabinet/à la pharmacie, etc. On pourrait me demander de rapporter périodiquement les contenants de transport restants à la pharmacie aux fins de vérification.

Je comprends que mon médecin, mon pharmacien, mon infirmière et tout autre professionnel de la santé participant directement à mes soins peuvent communiquer ouvertement entre eux concernant tout aspect du programme de traitement d'entretien par la méthadone. Le pharmacien peut obtenir des renseignements sur ma consommation de médicaments dans mon dossier médical provincial.

Si je consulte un prescripteur autre que mon prescripteur de méthadone, je l'aviserais du fait que je participe actuellement au programme de traitement d'entretien par la méthadone. J'accepte de me soumettre périodiquement à des analyses d'urine supervisées, selon les exigences de mon programme.

Je serai observé au moment d'avalier ma dose de méthadone, dont je confirmerai l'ingestion en m'adressant au pharmacien après l'avoir avalée ou avoir bu de l'eau. Je jetterai le contenant utilisé pour boire la méthadone à la pharmacie.

Je comprends que toutes les doses doivent être mélangées à de la boisson Tang, à moins qu'un liquide comparable soit précisé par le prescripteur sur l'ordonnance. Aucune autre dilution avec de l'eau n'est permise. J'informerai le pharmacien si ma dose n'a pas la même couleur ou le même goût que d'habitude.

Je comprends que je dois détenir une ordonnance valide et qu'aucune méthadone ne me sera dispensée autrement. J'ai la responsabilité de m'assurer que l'ordonnance n'arrive pas à expiration avant que j'en aie présenté une nouvelle à la pharmacie. Je comprends qu'en cas de vomissements ou de perte, les doses ne seront pas remplacées sans une ordonnance écrite de mon prescripteur de méthadone autorisé.

Je comprends qu'un rendez-vous manqué signifie une dose manquée qui ne sera pas remplacée. Si je dois payer pour la méthadone, je le ferai au moment de recevoir ma dose. Si je ne paie pas mes doses, je pourrais être exclu du programme.

J'ai lu la présente entente et je comprends et accepte ses dispositions. Je comprends que le non-respect de la présente entente pourrait amener la pharmacie à refuser de me servir.

Nom du client : _____

Signature du client : _____

Nom du pharmacien : _____

Signature du pharmacien : _____

Date : _____

Date de renouvellement : _____

MODÈLE

Entente entre le pharmacien et le patient (**buprénorphine/naloxone**)

Nom du client : _____

Date : _____

Date de renouvellement : _____

Entente entre le pharmacien et le patient (buprénorphine/naloxone)

Nom : _____ Adresse : _____

N° de tél. : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ Prescripteur : _____

NOTRE ENGAGEMENT ENVERS VOUS : *En tant que pharmaciens, nous croyons aux principes du programme de traitement d'entretien par la buprénorphine/naloxone et au rôle utile qu'il peut jouer pour améliorer la vie et la santé des gens.*

Pour vous aider à atteindre vos objectifs dans le cadre du programme, nous prenons les engagements suivants :

Nous vous traiterons en tout temps avec professionnalisme et respect. Nous faisons partie intégrante de votre équipe de soins de santé et nous communiquerons au besoin avec les autres professionnels de la santé qui s'occupent de vous. Nous pourrions aborder certaines questions avec votre prescripteur de buprénorphine/naloxone, notamment dans les situations suivantes :

- si vous manquez une ou plusieurs doses;
- si vous refusez de prendre en entier la dose de buprénorphine/naloxone prescrite;
- si vous semblez intoxiqué ou dans un état de sédation à votre arrivée à la pharmacie;
- si des doses de buprénorphine/naloxone doivent être remplacées en cas de perte ou de vol;
- si vous recevez des médicaments susceptibles d'interagir avec la buprénorphine/naloxone d'un autre prescripteur.

Nous vous fournissons la buprénorphine/naloxone sous la forme exacte demandée par votre prescripteur. Nous ne pouvons pas vous remettre de doses supplémentaires ni de doses anticipées ou doses non supervisées, à moins que cela ne soit indiqué sur votre ordonnance.

Pour votre sécurité, nous validerons votre identité, ce qui pourrait impliquer de conserver une photo de vous à nos dossiers ou d'exiger que vous présentiez une pièce d'identité avec photo avant de vous administrer votre médicament.

Nous devons vous observer tandis que vous laissez fondre le médicament dans votre bouche et avoir une conversation avec vous par la suite. Il n'est pas nécessaire que la dose soit entièrement dissoute, mais elle doit au moins être réduite à une masse molle. Vous pouvez choisir de prendre votre médicament sous observation dans une aire privée ou semi-privée; veuillez nous faire connaître votre préférence.

Afin de pouvoir vous joindre pour vous communiquer des renseignements importants, nous vous demanderons souvent vos coordonnées actuelles; c'est là nécessaire, car en cas de mauvais temps, de coupures de courant ou de catastrophes naturelles ou d'origine humaine, nous devons prendre contact avec vous afin de vous indiquer la marche à suivre pour accéder à vos médicaments. Si, **en cas d'urgence**, vous ne pouvez être joint aux coordonnées que vous avez demandé de privilégier, **l'équipe de la pharmacie utilisera toutes les options disponibles pour vous joindre.**

VOTRE ENGAGEMENT ENVERS NOUS :

Je n'arriverai pas à la pharmacie avant l'heure d'ouverture. J'arriverai pour prendre ma dose quotidienne entre _____ et _____ tous les jours (idéalement le matin et à la même heure chaque jour).

J'informerai toujours le pharmacien en cas de changement de mes coordonnées; je comprends qu'il s'agit pour le pharmacien d'une information essentielle, puisqu'elle est utilisée pour communiquer avec moi en cas d'urgence. Si, en cas d'urgence, je ne peux pas être joint aux coordonnées que j'ai demandé de privilégier, l'équipe utilisera toutes les options disponibles pour me joindre.

Je respecterai le voisinage de la pharmacie. Je m'assurerai que tous les emballages et déchets de la pharmacie sont jetés dans les poubelles fournies à cette fin. Je serai respectueux envers les autres, y compris le personnel, les autres clients et les voisins de la pharmacie. Je n'agresserai aucun membre du personnel, que ce soit verbalement ou autrement.

Si on me prescrit des doses de buprénorphine/naloxone non supervisées, je les conserverai de façon sécuritaire chez moi. Je m'engage à ne pas accumuler les doses de buprénorphine/naloxone. Je veillerai à les conserver dans un endroit sûr, hors de portée d'autres personnes, en particulier des enfants.

Je confirmerai la réception du nombre approprié de doses supervisées et de doses non supervisées (s'il y a lieu) et je signerai les documents requis. Je comprends que la pharmacie pourrait me demander de présenter une pièce d'identité avec photo avant de me donner ma dose de buprénorphine/naloxone.

Je comprends qu'on pourrait refuser d'exécuter mon ordonnance de buprénorphine/naloxone si j'ai consommé d'autres substances. Je comprends que les abus de drogues seront signalés à mon prescripteur. Je ne m'adonnerai à aucune activité illégale à la clinique/au cabinet/à la pharmacie, etc.

Je comprends que mon médecin, mon pharmacien, mon infirmière et tout autre professionnel de la santé participant directement à mes soins peuvent communiquer ouvertement entre eux concernant tout aspect du programme. Le pharmacien peut obtenir des renseignements sur ma consommation de médicaments dans mon dossier médical provincial. Si je consulte un prescripteur autre que mon prescripteur de buprénorphine/naloxone, je l'aviserai du fait que je participe actuellement au programme. J'accepte de me soumettre périodiquement à des analyses d'urine supervisées, selon les exigences de mon programme.

Je serai observé pendant la dissolution de ma dose de buprénorphine/naloxone, que je confirmerai en parlant au pharmacien ou en lui montrant que le ou les comprimés ne sont plus solides. Je jetterai le contenant où se trouvait ma dose de buprénorphine/naloxone à la pharmacie.

On pourrait me demander, périodiquement, de rapporter les doses non supervisées restantes à la pharmacie. Je comprends que je dois détenir une ordonnance valide et qu'aucune buprénorphine/naloxone ne me sera dispensée autrement. J'ai la responsabilité de m'assurer que l'ordonnance n'arrive pas à expiration avant que j'en aie présenté une nouvelle à la pharmacie.

Je comprends qu'en cas de perte, les doses non supervisées ne seront pas remplacées sans une ordonnance écrite de mon prescripteur. Je comprends qu'un rendez-vous manqué signifie une dose manquée qui ne sera pas remplacée.

Si je dois payer pour la buprénorphine/naloxone, je le ferai au moment de recevoir ma dose. Si je ne paie pas mes doses, je pourrais être exclu du programme.

J'ai lu la présente entente et je comprends et accepte ses dispositions. Je comprends que le non-respect de la présente entente pourrait amener la pharmacie à refuser de me servir.

Nom du patient : _____ Signature du patient : _____

Nom du pharmacien : _____ Signature du pharmacien : _____

Date : _____ Date de renouvellement : _____

MODÈLE

Entente entre le pharmacien et le patient (**morphine orale à libération lente unique**)

Nom du client : _____

Date : _____

Date de renouvellement : _____

Entente entre le pharmacien et le patient ([morphine orale à libération lente unique quotidienne](#))

Nom : _____ Adresse : _____

N° de tél. : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ Prescripteur : _____

NOTRE ENGAGEMENT ENVERS VOUS : *En tant que pharmaciens, nous croyons aux principes du programme de traitement d'entretien par la morphine orale à libération lente unique quotidienne et au rôle utile qu'il peut jouer pour améliorer la vie et la santé des gens.*

Pour vous aider à atteindre vos objectifs dans le cadre du programme, nous prenons les engagements suivants :

Nous vous traiterons en tout temps avec professionnalisme et respect.

Nous faisons partie intégrante de votre équipe de soins de santé et nous communiquerons au besoin avec les autres professionnels de la santé qui s'occupent de vous. Nous pourrions aborder certaines questions avec votre prescripteur de morphine, notamment dans les situations suivantes :

- si vous manquez une ou plusieurs doses;
- si vous refusez de boire en entier la dose de *morphine orale à libération lente unique quotidienne* qui vous a été prescrite;
- si vous semblez intoxiqué ou dans un état de sédation à votre arrivée à la pharmacie;
- si des doses de morphine orale à libération lente unique quotidienne doivent être remplacées en cas de perte ou de vol;
- si vous recevez, d'un autre prescripteur, des médicaments susceptibles d'interagir avec la morphine.

Nous vous fournirons la morphine orale à libération lente unique quotidienne exactement comme votre prescripteur l'a demandé. Nous ne pouvons pas vous remettre de doses supplémentaires ni de doses anticipées à moins que cela ne soit indiqué sur votre ordonnance. Pour votre sécurité, nous validerons votre identité, ce qui pourrait impliquer de conserver une photo de vous à nos dossiers ou d'exiger que vous présentiez une pièce d'identité avec photo avant de vous administrer votre médicament.

Nous sommes tenus de vous regarder avaler les billes de la capsule, soit en les plaçant dans un aliment mou comme de la compote de pommes ou du pudding, soit en vous les faisant mettre dans votre bouche et avaler avec de l'eau. Nous aurons ensuite une brève conversation avec vous.

Vous pouvez choisir de prendre votre médicament sous observation dans une aire privée ou semi-privée; veuillez nous faire connaître votre préférence.

Afin de pouvoir vous joindre pour vous communiquer des renseignements importants, nous vous demanderons souvent vos coordonnées actuelles; c'est là nécessaire, car en cas de mauvais temps, de coupures de courant ou de catastrophes naturelles ou d'origine humaine, nous devons prendre contact avec vous afin de vous indiquer la marche à suivre pour accéder à vos médicaments. Si, **en cas d'urgence**, vous ne pouvez être joint aux coordonnées que vous avez demandé de privilégier, **l'équipe de la pharmacie utilisera toutes les options disponibles pour vous joindre.**

VOTRE ENGAGEMENT ENVERS NOUS :

Je n'arriverai pas à la pharmacie avant l'heure d'ouverture. J'arriverai pour prendre ma dose quotidienne entre _____ et _____ tous les jours (idéalement le matin et à la même heure chaque jour). J'informerai toujours le pharmacien en cas de changement de mes coordonnées; je comprends qu'il s'agit pour le pharmacien d'une information essentielle, puisqu'elle est utilisée pour communiquer avec moi en cas d'urgence. Si, en cas d'urgence, je ne peux pas être joint aux coordonnées que j'ai demandé de privilégier, l'équipe utilisera toutes les options disponibles pour me joindre.

Je respecterai le voisinage de la pharmacie. Je m'assurerai que tous les emballages et déchets de la pharmacie sont jetés dans les poubelles fournies à cette fin. Je serai respectueux envers les autres, y compris le personnel, les autres clients et les voisins de la pharmacie. Je n'agresserai aucun membre du personnel, que ce soit verbalement ou autrement.

Si on me prescrit des doses non supervisées de morphine orale à libération lente uniquequotidienne, je les conserverai de façon sécuritaire chez moi. Je m'engage à ne pas accumuler les doses de morphine. Je veillerai à les conserver dans un endroit sûr, hors de portée d'autres personnes, en particulier des enfants.

Je confirmerai avoir reçu ma dose et je signerai les documents requis. Je comprends que la pharmacie pourrait me demander de présenter une pièce d'identité avec photo avant l'administration de ma dose de morphine orale à libération lente uniquequotidienne.

Je comprends qu'on pourrait refuser d'exécuter mon ordonnance de morphine orale à libération lente uniquequotidienne si j'ai consommé d'autres substances. Je comprends que les abus de drogues seront signalés à mon prescripteur. Je ne m'adonnerai à aucune activité illégale à la clinique/au cabinet/à la pharmacie, etc. Je comprends que mon médecin, mon pharmacien, mon infirmière et tout autre professionnel de la santé participant directement à mes soins peuvent communiquer ouvertement entre eux concernant tout aspect du programme. Le pharmacien peut obtenir des renseignements sur ma consommation de médicaments auprès d'autres pharmacies.

Si je consulte un prescripteur autre que celui qui m'a prescrit la morphine orale à libération lente uniquequotidienne, je l'aviserai du fait que je participe actuellement au programme. J'accepte de me soumettre périodiquement à des analyses d'urine supervisées, selon les exigences de mon programme.

Je serai observé pendant que j'avale ma dose de morphine orale à libération lente uniquequotidienne, que je confirmerai avoir avalée en parlant au pharmacien ou en lui montrant que les billes ne sont plus dans ma bouche. Je jetterai le contenant où se trouvait ma morphine orale à libération lente uniquequotidienne à la pharmacie.

Je comprends que je dois détenir une ordonnance valide et qu'aucune morphine ne me sera dispensée autrement. J'ai la responsabilité de m'assurer que l'ordonnance n'arrive pas à expiration avant que j'en aie présenté une nouvelle à la pharmacie.

Je comprends qu'en cas de perte, les doses non supervisées ne seront pas remplacées sans une ordonnance écrite de mon prescripteur. Je comprends qu'un rendez-vous manqué signifie une dose manquée qui ne sera pas remplacée.

Si je dois payer pour ma morphine orale à libération lente unique quotidienne, je le ferai au moment où je recevrai la dose. Si je ne paie pas mes doses, je pourrais être exclu du programme.

J'ai lu la présente entente et je comprends et accepte ses dispositions. Je comprends que le non-respect de la présente entente pourrait amener la pharmacie à refuser de me servir.

Nom du client : _____ Signature du client : _____

Nom du pharmacien : _____ Signature du pharmacien : _____

Date : _____ Date de renouvellement : _____

MODÈLE Entente sur les doses non supervisées (méthadone)

ENTENTE SUR LES DOSES NON SUPERVISÉES (MÉTHADONE)

La méthadone est un médicament puissant. Une seule dose peut être fatale chez les personnes n'ayant jamais consommé cette substance ou celles qui utilisent d'autres médicaments ou drogues ou en abusent. Le risque qu'un enfant prenne accidentellement de la méthadone est particulièrement élevé.

Pour cette raison, je m'engage à respecter les consignes suivantes :

1. Je conserverai mes doses non supervisées dans une boîte fermée à clé (boîte à parois rigides, verrouillable, que je ne partage avec personne ni n'utilise à d'autres fins), que je garderai à un endroit où elle est peu susceptible d'être volée ou prise accidentellement par une autre personne. Je montrerai cette boîte à mon prescripteur ou à mon pharmacien s'il en fait la demande.
2. J'ai reçu des conseils quant au stockage approprié. La méthadone doit être conservée au réfrigérateur dans une boîte fermée à clé.
3. Je prendrai les doses aux dates indiquées uniquement, de la façon prescrite (une dose complète toutes les 24 heures par voie orale).
4. Je m'abstiendrai de donner, de prêter ou de vendre à d'autres personnes mes doses non supervisées. Je comprends que la vente de méthadone est un acte criminel et que cette activité constitue un danger pour la société.
5. J'accepte de rapporter tous les contenants de méthadone vides le jour où je prendrai ma prochaine dose sous observation. Je comprends que je ne recevrai pas mes prochaines doses non supervisées si je ne rapporte pas les flacons vides.
6. Les doses non supervisées ne sont pas un droit; il s'agit d'un privilège accordé par mon prescripteur de méthadone, conformément aux politiques de la clinique, à son entière discrétion.
7. Les doses non supervisées seront maintenues et pourraient être augmentées tant que je demeurerai stable sur le plan clinique et que je serai en mesure d'en assumer la responsabilité. Encore une fois, cette décision est laissée à la discrétion de mon prescripteur de méthadone.
8. Les doses non supervisées peuvent être annulées ou diminuées si je ne suis plus stable sur le plan clinique et si je ne suis plus en mesure d'assumer la responsabilité de mes doses non supervisées.
9. Les doses non supervisées perdues, renversées, vomies ou volées ne seront pas nécessairement remplacées. La perte ou le vol de doses non supervisées doit être signalé au service de police local.
10. Je suis conscient que mon prescripteur, le pharmacien ou le personnel de la clinique pourrait me convoquer pour une vérification au hasard de mes doses non supervisées. Le cas échéant, je devrai apporter mes flacons de méthadone utilisés et inutilisés à la pharmacie.
11. J'aviserai la clinique et la pharmacie de toute modification de mes coordonnées (numéro de téléphone ou adresse).

Ma signature, ci-dessous, indique que j'accepte de me conformer aux obligations et aux responsabilités décrites dans la présente entente. Je comprends que le non-respect des dispositions de la présente entente aura une incidence sur ma capacité à participer au programme de doses non supervisées. J'ai eu l'occasion de discuter de la présente entente et de l'examiner avec mon prescripteur de méthadone ou mon pharmacien et on a répondu de manière satisfaisante à mes questions.

Nom du patient : _____ Signature du patient : _____

Nom du pharmacien : _____ Signature du pharmacien : _____

Date : _____ Date de renouvellement : _____

MODÈLE

Entente sur les doses non supervisées (buprénorphine/naloxone)

Entente sur les doses non supervisées (buprénorphine/naloxone)

La buprénorphine/naloxone est un médicament puissant. Une seule dose peut être fatale chez les personnes n'ayant jamais consommé ce type de médicament ou chez celles qui utilisent d'autres médicaments ou drogues ou en abusent, particulièrement les enfants.

Pour cette raison, je m'engage à respecter les consignes suivantes :

1. Je conserverai mes doses non supervisées dans un endroit sûr, hors de la portée des enfants, où elles sont peu susceptibles d'être volées ou prises accidentellement par une autre personne.
2. Je prendrai les doses aux dates indiquées uniquement, de la façon prescrite.
3. Je m'abstiendrai de donner, de prêter ou de vendre à d'autres personnes mes doses non supervisées. Je comprends que la vente de médicaments narcotiques est un acte criminel et que cette activité constitue un danger pour la société.
4. Les doses non supervisées ne sont pas un droit; il s'agit d'un privilège accordé par mon prescripteur de buprénorphine/naloxone, conformément aux politiques de la clinique, à son entière discrétion.
5. Les doses non supervisées seront maintenues et pourraient être augmentées tant que je demeurerai stable sur le plan clinique et que je serai en mesure d'en assumer la responsabilité. Encore une fois, cette décision est laissée à la discrétion de mon prescripteur de méthadone.
6. Les doses non supervisées peuvent être annulées ou diminuées si je ne suis plus stable sur le plan clinique et si je ne suis plus en mesure d'assumer la responsabilité de mes doses non supervisées.
7. Les doses non supervisées perdues ou volées ne seront pas nécessairement remplacées. La perte ou le vol de doses non supervisées doit être signalé au service de police local.
8. Je suis conscient qu'on pourrait me demander de me soumettre à une vérification au hasard de mes doses non supervisées, auquel cas je coopérerai lorsque mon prescripteur, mon pharmacien ou le personnel de la clinique en fera la demande.
9. J'aviserai la clinique et la pharmacie de toute modification de mes coordonnées (numéro de téléphone ou adresse).

Ma signature, ci-dessous, indique que j'accepte de me conformer aux obligations et aux responsabilités décrites dans la présente entente. Je comprends que le non-respect des dispositions de la présente entente aura une incidence sur ma capacité à participer au programme de doses non supervisées. J'ai eu l'occasion de discuter de la présente entente et de l'examiner avec mon prescripteur de buprénorphine/naloxone ou mon pharmacien et on a répondu de manière satisfaisante à mes questions.

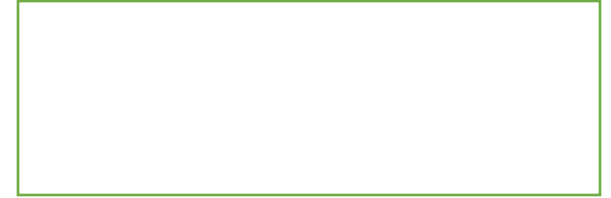
Nom du patient : _____ Signature du patient : _____

Nom du pharmacien : _____ Signature du pharmacien : _____

Date : _____ Date de renouvellement : _____

MODÈLE

Journal d'administration de la méthadone



Nom du patient : _____ DDN : _____ Paiement : _____ Jus : _____

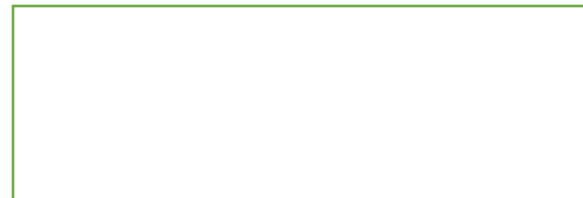
Jour	Séquence Rx	N° de transaction	Dose (mg)	Dose (ml)	N° de lot	Date d'exp.	Doses pour emporter fournies (n ^{bre})	Doses pour emporter retournées (n ^{bre})	Paie-ment	Heure de la journée	Confirmation de l'évaluation du patient (pharmacien)	Signature du patient
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

MODÈLE

Journal d'administration de la **buprénorphine/naloxone**

Journal d'administration de la **buprénorphine/naloxone**

Mois _____ Année _____



Nom du patient : _____

DDN : _____

Paiement : _____

Jour du mois	Séq. Rx	N° de transaction	Dose (mg/mg)	N ^{bre} de comprimés	N° de lot	Date d'expiration	Doses pour emporter fournies (n ^{bre})	Paiement	Moment de la journée	Pharmacien effectuant l'observation	Signature du patient
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											

15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

Commentaires :

MODÈLE

Journal d'administration de la morphine orale à libération lente unique quotidienne

Journal d'administration de la **morphine orale à libération lente unique** quotidienne Mois _____ Année _____

Nom du patient : _____ DDN : _____ Paiement : _____

Jour du mois	Séq. Rx	N° de transaction	Total Dose (mg)	Force des capsules	N ^{bre} de capsules utilisées	Mode d'admin. utilisé	N° de lot	Date d'expiration	Paie-ment	Moment de la journée	Pharmacien effectuant l'observation	Signature du patient
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												

20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													

Commentaires :

MODÈLE

Communication interprofessionnelle au moyen d'une note données/analyse/plan (DAP)

Communication interprofessionnelle - traitement par agonistes opioïdes

Pharmacie ABC
123, rue Principale,
Blandville
Tél. : 506-555-2111
Télec. : 506-555-2112

Destinataire : _____

N° de téléc. : _____

Concernant : Nom du patient _____

N° d'Assurance-maladie/date de naissance : ____

Date du jour : _____

Date des faits : _____

Données (résultats subjectifs et objectifs)

Analyse

- Ce patient risque d'être victime d'un syndrome de sevrage d'un opioïde attribuable à :
 - ____ Dose manquée
 - ____ Ingestion d'une dose partielle
 - ____ Dose vomie
 - ____ Refus d'administration de la part du pharmacien
 - ____ Ordonnance requise pour le traitement d'entretien par agonistes opioïdes (TOA)

- Le TOA pourrait se trouver potentialisé chez ce patient, du fait d'une interaction médicamenteuse entre : _____
- Ce patient présente un risque de surdosage dans le cadre du TAO (sédation, dépression respiratoire, ataxie, etc.).
- Le traitement risque de s'avérer inefficace chez ce patient en raison :
 - _____ d'une diminution de la stabilité sociale
 - _____ d'un changement dans l'état de santé
 - _____ autre : _____

Plan

Nom du pharmacien : _____

Réponse requise : _____ À titre informatif uniquement : _____

Signature du pharmacien : _____

Avis de confidentialité : La présente télécopie contient des renseignements confidentiels faisant l'objet d'un privilège juridique, renseignements qui appartiennent à l'expéditeur. Lesdits renseignements sont destinés exclusivement à la personne ou à l'entité susmentionnée. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, nous vous avisons par la présente que toute divulgation, copie, distribution ou mesure prise sur la foi du contenu de cette télécopie est strictement interdite. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, veuillez nous en aviser par téléphone immédiatement afin que nous puissions prendre les dispositions nécessaires au retour des documents originaux.

MODÈLE

Demande de clarification de l'ordonnance de traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Demande de clarification de l'ordonnance de traitement par agonistes opioïdes (TAO)

Date : _____

Destinataire (prescripteur) : _____ N° de téléc. du prescripteur : _____

Expéditeur (pharmacie) : _____

N° de tél. de la pharmacie : _____ N° de téléc. de la pharmacie : _____

Nom du pharmacien : _____

Nom du patient : _____ N° d'Assurance maladie du patient/DDN : _____

Signature du prescripteur et retour du formulaire à la pharmacie exigés

Nous avons besoin d'éclaircissements par rapport à

l'ordonnance ci-jointe. Veuillez indiquer :

- la date réelle à laquelle l'ordonnance a été rédigée;
- la date de début de la distribution;
- la date d'arrêt de la distribution;
- la posologie de TAO en mg;
- le nombre de comprimés/capsules/mg constituant le TAO;
- autre : _____

Avis de confidentialité : La présente télécopie contient des renseignements confidentiels faisant l'objet d'un privilège juridique, renseignements qui appartiennent à l'expéditeur. Lesdits renseignements sont destinés exclusivement à la personne ou à l'entité susmentionnée. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, nous vous avisons par la présente que toute divulgation, copie, distribution ou mesure prise sur la foi du contenu de cette télécopie est strictement interdite. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, veuillez nous en aviser par téléphone immédiatement afin que nous puissions prendre les dispositions nécessaires au retour des documents originaux.

Annexe B12 :
MODÈLE
Communication par télécopieur entre pharmacies

Communication par télécopieur entre pharmacies

Date : _____

Télécopier à (nom de la pharmacie) : _____

Adresse : _____

Tél. : 506 _____

Télec. : 506 _____

La présente a pour but de confirmer que _____ a reçu sa dernière dose à notre pharmacie le _____ à _____ h.

Autres commentaires : _____

Pharmacien : _____

Nom de la pharmacie : _____

Numéro de téléphone de la pharmacie : _____ Numéro de télécopieur : _____

Avis de confidentialité : La présente télécopie contient des renseignements confidentiels faisant l'objet d'un privilège juridique, renseignements qui appartiennent à l'expéditeur. Lesdits renseignements sont destinés exclusivement à la personne ou à l'entité susmentionnée. Si vous n'êtes pas le destinataire prévu, nous vous avisons par la présente que toute divulgation, copie, distribution ou mesure prise sur la foi du contenu de cette télécopie est strictement interdite. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, veuillez nous en aviser par téléphone immédiatement afin que nous puissions prendre les dispositions nécessaires au retour des documents originaux.

(MODÈLE)

Liste de personnes-ressources d'organismes externes

Soins dentaires

- _____
- _____

Soins psychologiques

- _____
- _____

Conseils financiers

- _____
- _____

Logement (refuges, développement social, coopératives)

- _____
- _____
- Ministère du Développement social
https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/habitation.html
ou
- Logement public https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.8615.html

Sécurité alimentaire (banque alimentaire, cuisine communautaire, soupe populaire)

- _____
- _____
- _____

Ressources pour les femmes (santé et refuges)

- _____
- _____

Aiguilles stériles

- _____
- _____

Centres d'accueil pour les jeunes

- _____

- _____

Clinique de santé sexuelle

- _____
- _____

Clinique de soins des plaies

- _____
- _____

Autre

- _____
- _____
- _____

Annexe C : Axée sur le processus

Modèle d'ordonnance pour la **méthadone**

Nom de la clinique : _____

N° de téléc. : _____

N° de tél. : _____

Nom du patient : _____

Adresse : _____

Numéro d'Assurance maladie : _____

Date : _____

Rx : **Méthadone** _____ mg (en mots) _____ mg à
prendre par voie orale

Distribuer _____ mg une fois par jour, mélangé à du jus

(q.s.p. 100 ml)

Date de début : _____

Date de fin : _____

Dose administrée sous observation à la pharmacie les jours encerclés :

Lun. Mar. Mer. Jeu. Ven. Sam. Dim.

Les doses suivantes doivent être distribuées en tant que **doses non supervisées**:

Lun. Mar. Mer. Jeu. Ven. Sam. Dim.

Directives particulières : _____

—

Signature : _____

N° de licence : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

- Si toute dose est manquée, en informer le prescripteur par télécopieur ou par téléphone.
- Si trois doses consécutives (ou plus) sont manquées, **annuler l'ordonnance** et communiquer avec le prescripteur.

Modèle d'ordonnance pour la **buprénorphine/naloxone**

Nom de la clinique : _____

N° de téléc. : _____

N° de tél. : _____

Nom du patient :

Adresse :

Numéro d'Assurance maladie : _____

Date : _____

Rx : **Buprénorphine** _____mg (en mots)

_____mg (avec **naloxone** à 25 % de la dose de **buprénorphine**)

Dispenser _____mg une fois par jour, à prendre par voie sublinguale

Date de début : _____

Date de fin : _____

Dose administrée sous observation à la pharmacie les jours encerclés :

Lun. Mar. Mer. Jeu. Ven. Sam. Dim.

Les doses suivantes doivent être délivrées en tant que **doses non supervisées**:

Lun. Mar. Mer. Jeu. Ven. Sam. Dim.

Directives particulières : _____

Signature : _____ N° de licence : _____

Nom en caractères d'imprimerie : _____

- Si trois doses consécutives sont manquées, en informer le prescripteur par télécopieur ou par téléphone.
- Si six doses consécutives (ou plus) sont manquées, **annuler l'ordonnance** et communiquer avec le prescripteur.

Étiquettes acceptables pour les doses de **méthadone** non supervisées

La pharmacie du pharmacien

123, rue Principale, Blandville
(N.-B.) E2A 1B1
506-123-4567

N° de Rx 1234567

Le 25 avril 20xx

John Smith

HLC

Dre Sally Jones

65 mg de composé de méthadone

DIN 02244290 Dossier de préparation magistrale : Mélange Renouvellements : 26

Boire le contenu d'un flacon plein (65 mg de méthadone) une fois par jour.

(Ajouter d'autres renseignements ici s'il y a lieu.)

Date d'ingestion : le 26 avril/xx

Aucun renouvellement après le 25 mai/xx

Garder hors de portée des enfants.

La méthadone peut être extrêmement nocive pour une personne autre que le patient à qui elle est destinée. ELLE PEUT ÊTRE FATALE POUR UN ENFANT OU UN ADULTE.

La pharmacie du pharmacien

123, rue Principale, Blandville
(N.-B.) E2A 1B1
506-123-4567

N° de Rx 1234567

Le 25 avril 20xx

John Smith

HLC

Dre Sally Jones

65 mg de méthadone dans du jus

DIN 02244290 Dossier de préparation magistrale : Mélange Renouvellements : 26

Boire le contenu d'un flacon plein (65 mg de méthadone) une fois par jour.

(Ajouter d'autres renseignements ici s'il y a lieu.)

Date d'ingestion : le 26 avril/xx

Aucun renouvellement après le 25 mai/xx

Garder hors de portée des enfants.

La méthadone peut être extrêmement nocive pour une personne autre que le patient à qui elle est destinée. ELLE PEUT ÊTRE FATALE POUR UN ENFANT OU UN ADULTE.

Mesures à prendre en cas d'erreurs d'administration

Si vous constatez une erreur posologique, vous devez prendre les mesures jugées appropriées et nécessaires pour réduire les effets nocifs pour le client, en veillant à agir avec transparence tout au long du processus. Ces mesures comprennent une consultation rapide avec les autres fournisseurs de soins du client afin de déterminer le plan d'action approprié. En plus d'observer les normes suivantes propres à la méthadone, on s'attend à ce que les pharmaciens gèrent l'erreur conformément au document *Model Standards of Practice for Canadian Pharmacists*, publié par l'ANORP, et à la politique en matière de gestion des erreurs de médication de la pharmacie.

Sous-dosage de méthadone

- Avisez le médecin ou la clinique de traitement d'entretien par la méthadone (TEM) ainsi que le client, comme vous le feriez dans le cas d'un surdosage.
- Une fois que vous aurez communiqué avec le client, offrez-lui la « différence » de méthadone entre la dose administrée et la dose prescrite.
- Si le client refuse de revenir pour prendre le reste de la dose, avisez-le de la possibilité d'un état de sevrage aux opiacés et des symptômes correspondants.
- Si le client ne peut être joint au cours des heures d'ouverture, avisez-le de l'erreur lors de la prochaine administration. (AADAC, 2007)

Surdosage de méthadone

Aussitôt que vous constatez l'erreur :

- Avisez le client. Si le client a déjà quitté la pharmacie, communiquez avec lui par téléphone. Si le client n'a pas de téléphone, il se peut que vous ayez à communiquer avec son médecin ou la clinique de TEM pour obtenir le numéro d'une personne-ressource ou demander à la police de se rendre à son domicile.
- Avisez le client qu'il doit demander une aide médicale immédiatement. Si le client refuse de recevoir des soins, notez l'heure et les détails de l'événement. Demandez au client de rester en compagnie d'un ami ou d'un membre de la famille pour le reste de la journée.
- Avisez le client des symptômes de surdosage, notamment la possibilité d'euphorie et de dépression respiratoire ([Reportez-vous à la section « Signes et symptômes d'intoxication et de surdosages aux opioïdes », page 35](#)). Prenez contact à différents moments au cours de la journée.
- Avisez le médecin du client ou la clinique de TEM.
- Réévaluez l'état de santé du client avant d'administrer la prochaine dose quotidienne.

Renseignements importants sur le surdosage de méthadone pour le client

- Le surdosage de méthadone (c.-à-d. l'administration d'une dose supérieure à la dose prévue) est une urgence médicale grave.
- La méthadone est un médicament à action prolongée qui peut demeurer dans l'organisme pendant de nombreuses heures.
- Même si vous prenez de la méthadone depuis longtemps, il peut être dangereux d'en prendre plus que la dose à laquelle votre organisme est accoutumé. Même une augmentation en apparence faible peut être dangereuse.
- Si vous prenez de la méthadone depuis peu ou si vous avez cessé de prendre votre dose régulière, même si l'interruption ne remonte qu'à quelques jours, **le risque de surdosage est plus élevé.**

- (respiration lente ou peu profonde), une somnolence, une contraction des pupilles et, dans certains cas, le coma et le décès.
- Pour cette raison, **IL EST ESSENTIEL DE SE RENDRE AU SERVICE D'URGENCE** et de rester sous observation pendant au moins 10 heures, ou plus, selon vos symptômes.
 - Le service d'urgence pourra vous administrer un traitement qui inversera les effets causés par une dose trop élevée de méthadone. (Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2005)

Pharmaciens ayant suivi une formation complémentaire en matière de TAO :

Nom : _____

N° de rég. de l'OPNB : _____

Cours suivi : _____

Date d'achèvement : _____

Nom : _____

N° de rég. de l'OPNB : _____

Cours suivi : _____

Date d'achèvement : _____

Nom : _____

N° de rég. de l'OPNB : _____

Cours suivi : _____

Date d'achèvement : _____

Nom : _____

N° de rég. de l'OPNB : _____

Cours suivi : _____

Date d'achèvement : _____

Membres de l'équipe de la pharmacie : En apposant ma signature ci-après, je certifie que j'ai lu la directive professionnelle de l'OPNB sur le traitement par agonistes opioïdes (TAO), que je comprends le rôle que j'ai à jouer vis-à-vis des patients concernés et que je servirai ces patients conformément à mon rôle et aux pouvoirs qui me sont conférés par la directive.

Nom : _____

Poste : _____

Date : _____

Nom : _____

Poste : _____

Date : _____

Nom : _____

Poste : _____

Date : _____

Nom : _____

Poste : _____

Date : _____

Nom : _____

Poste : _____

Date : _____

Nom : _____

Poste : _____

Date : _____

Modèle : Étalonnage de la Dispensette

Année : _____

Date : _____

Employé : _____

Initiales : _____

1 ml 5 ml 10 ml

	Date	Initiales de l'employé	___ml	___ml	___ml
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Étalonnage quotidien de MethaMeasure

Mois _____

Année _

Employé : _____

Initiales : _____

1 ml 5 ml 10 ml

	Initiales de l'employé	1 m l	5 m l	10 ml
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				