

Cet ensemble d'ordonnances préimprimées est une adaptation d'ensembles de modèles d'ordonnances de titration et de stabilisation utilisés par l'équipe du Addiction Recovery and Community Health (ARCH) du Royal Alexandra Hospital à Edmonton en Alberta. Ce programme de traitement par agoniste opioïde injectable (TAOi) est actuellement le seul du genre au Canada.

Dans ce programme, une fois que l'on détermine qu'une personne est admissible au TAOi et que le suivi communautaire est assuré, l'équipe du ARCH commence son traitement à l'hôpital. L'ARCH rédige les ordonnances en tant que service de consultation qui sont ensuite cosignées par l'équipe traitante. Les ordonnances sont saisies par le commis de l'unité, puis envoyées à la pharmacie interne pour vérification. Une fois les ordonnances vérifiées, des seringues sont préremplies pour chaque patient et livrées au site de consommation supervisé (SCS). Pour le premier jour de TAOi, la pharmacie procédera à la livraison des doses 1, 2 et 3 du jour 1 et de la dose 1 du jour 2. Le jour suivant, la pharmacie procédera à la livraison des doses 2 et 3 du jour 2 et de la dose 1 du jour 3. Ce modèle de livraison se poursuivra jusqu'à ce qu'une dose stable soit atteinte. Les ordonnances sont aussi envoyées au SCS afin que l'infirmière puisse activer les ordonnances des patients qui s'administrent leurs doses.

Le premier jour du traitement, l'ensemble d'ordonnances d'« initiation » est utilisé, ce qui couvre la livraison des doses 1, 2 et 3 du jour 1 et de la dose 1 du jour 2. Ensuite, l'ensemble d'ordonnances de « stabilisation » est utilisé, permettant de nouvelles ordonnances quotidiennes à titrer avec chaque dose. Ainsi, le patient peut être évalué chaque matin après les séances sans retarder la dose de TAOi du matin. Pour les patients avec une tolérance élevée connue, des ordonnances de stabilisation sur plusieurs jours avec des ordonnances de titrage progressifs seront rédigées. Lorsque la dose stable est atteinte, les ordonnances d'entretien actives sont utilisées pour une semaine ou plus.

Cet ensemble d'ordonnances préimprimées peut être utile pour d'autres établissements de soins de courte durée fournissant un TAOi, en particulier ceux où les usagers s'administrent leurs doses dans un SCS ou un autre établissement semblable.

## EXEMPLE D'ORDONNANCES D'UN PRESCRIPTEUR

### • Obligatoire

- Facultatif : Le prescripteur doit vérifier pour commencer, rayer et parapher les ordonnances non indiquées

Étiquette d'identification

## Traitement par agoniste opioïde injectable (TAOi) – INITIATION

### Analyses

- Dépistage de drogue dans l'urine (amphétamine, benzodiazépines, cocaïne, fentanyl, opiacés, oxycodone, buprénorphine, méthadone)
- HCG (*pour les femmes*)
- ALAT, ASAT, PhoA, bilirubine, albumine, INR, GGT, créatinine, DFG
- Dépistage :  HepA IgG  HepB sAg  HepB sAb  HepC Ab  HepC RNA (si Ab+)  
 VIH  Syphilis  Chlamydia (*urine*)  Gonorrhée (*urine*)

### Ordonnances PRN – Date de début pour tous les PRN : \_\_\_\_\_

- Naloxone 0,4 mg IV/IM, une dose PRN si surdose d'opioïde soupçonnée (diminution de l'état de conscience, fréquence respiratoire inférieure à 8, micropupilles) x 30 jours. Appeler le principal médecin responsable pour réévaluer et/ou l'équipe d'intervention rapide
- Lorazépam 2 à 4 mg IV/IM aux 5 min prn si convulsions x 30 jours. Appeler le principal médecin responsable pour réévaluer et/ou l'équipe d'intervention rapide
- Diphenhydramine 25 à 50 mg po q4h prn avant ou après l'injection (*si prurit*) x 30 jours

### Facultatif – Traitement transitoire pour la nuit

- CESSER l'ordonnance précédente de morphine orale à libération lente le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

OU

- Morphine orale à libération lente \_\_\_\_\_ mg ( \_\_\_\_\_ ) po à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ **une fois par jour**  
*dose en chiffres* *dose en lettres*

- Ouvrir la ou les capsules et verser les granules dans un gobelet.
- Surveiller l'ingestion
- Suspendre en cas de sédation
- Aviser le prescripteur le matin suivant en cas de doses manquées

\_\_\_\_\_  
Signature du prescripteur du TAOi

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin traitant

CECI EST UN EXEMPLE D'ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE ADAPTÉE DE L'ÉQUIPE DU ADDICTION RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH (ARCH).  
CE FORMULAIRE N'EST PAS DESTINÉ À UN USAGE CLINIQUE.

Étiquette d'identification

**EXEMPLE D'ORDONNANCES D'UN PRESCRIPTEUR**

**Traitement par agoniste opioïde injectable (TAOi) – INITIATION**

**CESSER tous les opioïdes ( \_\_\_\_\_ ) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_**

**Toutes les doses du traitement d'HYDROMorphone doivent être supervisées ou administrées au site de consommation supervisé**

- Utiliser l'HYDROMorphone 50 mg/ml pour toutes les doses
- La pharmacie doit livrer toutes les doses au site de consommation supervisé (SCS)

**Jour un – Date : \_\_\_\_\_**

- Dose 1 ( \_\_\_\_ h \_\_\_\_ ) : Seringue d'HYDROMorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Au besoin, et s'il n'y a pas de signes d'intoxication 15 minutes après la dose, le patient peut s'administrer une dose supplémentaire d'HYDROMorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Surveiller pendant 15 minutes et remplir le rapport d'évaluation d'après injection
- Dose 2 ( \_\_\_\_ h \_\_\_\_ ) : Seringue d'HYDROMorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Au besoin, et s'il n'y a pas de signes d'intoxication 15 minutes après la dose, le patient peut s'administrer une dose supplémentaire d'HYDROMorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Surveiller pendant 15 minutes et remplir le rapport d'évaluation d'après injection
- Dose 3 ( \_\_\_\_ h \_\_\_\_ ) : Seringue d'HYDROMorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Au besoin, et s'il n'y a pas de signes d'intoxication 15 minutes après la dose, le patient peut s'administrer une dose supplémentaire d'HYDROMorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Surveiller pendant 15 minutes et remplir le rapport d'évaluation d'après injection

**Jour deux – Date : \_\_\_\_\_**

- Dose 1 ( \_\_\_\_ h \_\_\_\_ ) : Seringue d'HYDROMorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Au besoin, et s'il n'y a pas de signes d'intoxication 15 minutes après la dose, le patient peut s'administrer une dose supplémentaire d'HYDROMorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Surveiller pendant 15 minutes et remplir le rapport d'évaluation d'après injection

\_\_\_\_\_  
**Signature du prescripteur du TAOi**

\_\_\_\_\_  
**Signature du médecin traitant**

CECI EST UN EXEMPLE D'ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE ADAPTÉE DE L'ÉQUIPE DU ADDICTION RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH (ARCH).

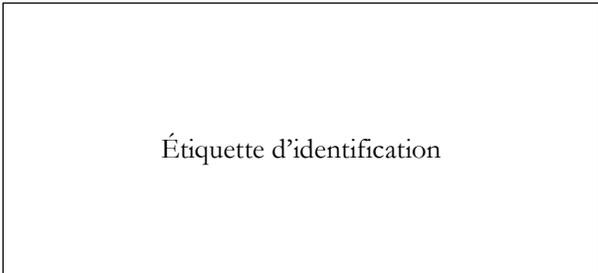
CE FORMULAIRE N'EST PAS DESTINÉ À UN USAGE CLINIQUE.

## EXEMPLE D'ORDONNANCES D'UN PRESCRIPTEUR

### • Obligatoire

- Facultatif : Le prescripteur doit vérifier pour commencer, rayer et parapher les ordonnances non indiquées

Étiquette d'identification



## Traitement par agoniste opioïde injectable (TAOi) – STABILISATION

CESSER l'HYDROmorphone ( \_\_\_\_\_ ) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

### Toutes les doses du traitement d'HYDROmorphone doivent être supervisées ou administrées au site de consommation supervisé

- Utiliser l'HYDROmorphone 50 mg/ml pour toutes les doses
- La pharmacie doit livrer toutes les doses au site de consommation supervisé (SCS)

Date : \_\_\_\_\_

- Dose 2 ( \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ ) : Seringue d'HYDROmorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Au besoin, et s'il n'y a pas de signes d'intoxication 15 minutes après la dose, le patient peut s'administrer une dose supplémentaire d'HYDROmorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Surveiller pendant 15 minutes et remplir le rapport d'évaluation d'après injection
- Dose 3 ( \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ ) : Seringue d'HYDROmorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Au besoin, et s'il n'y a pas de signes d'intoxication 15 minutes après la dose, le patient peut s'administrer une dose supplémentaire d'HYDROmorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Surveiller pendant 15 minutes et remplir le rapport d'évaluation d'après injection

Date : \_\_\_\_\_

- Dose 1 ( \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ ) : Seringue d'HYDROmorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Au besoin, et s'il n'y a pas de signes d'intoxication 15 minutes après la dose, le patient peut s'administrer une dose supplémentaire d'HYDROmorphone \_\_\_\_\_ mg IV/IM
  - Surveiller pendant 15 minutes et remplir le rapport d'évaluation d'après injection

### Facultatif – Traitement transitoire pour la nuit

- Aucun changement aux ordonnances précédentes de morphine orale à libération lente **OU**
- CESSER l'ordonnance précédente de morphine orale à libération lente le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_
- Morphine orale à libération lente : \_\_\_\_\_ mg ( \_\_\_\_\_ ) PO à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ **une fois par jour**
  - dose en chiffres*                      *dose en lettres*
  - Ouvrir la ou les capsules et verser les granules dans un gobelet.
  - Surveiller l'ingestion
  - Suspendre en cas de sédation
  - Aviser le prescripteur le matin suivant en cas de doses manquées

Signature du prescripteur du TAOi

Signature du médecin traitant

CECI EST UN EXEMPLE D'ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE ADAPTÉE DE L'ÉQUIPE DU ADDICTION RECOVERY AND COMMUNITY HEALTH (ARCH).

CE FORMULAIRE N'EST PAS DESTINÉ À UN USAGE CLINIQUE.