

PRESCRIPTION DE MÉLATONINE

Nom et prénom du patient: _____ Âge: _____

Numéro de dossier: _____ Nom du prescripteur: _____

1- Indication pour la prescription (cochez) :

- Troubles du sommeil associé à la schizophrénie
- Troubles du sommeil dus au rythme circadien
- Troubles du cycle éveil-sommeil
- Sevrage aux benzodiazépines
- Syndrome de la phase de sommeil retardée
- Insomnie réfractaire
- Dyskinésie tardive
- Narcolepsie
- Insomnie secondaire à la maladie d'Alzheimer ou au syndrome des états crépusculaires
- Autre (spécifiez): _____

2- Dose prescrite (max. : 10mg/jour) : _____

3- Justification : _____

4- Je m'engage à fournir au comité de pharmacologie un compte rendu de l'efficacité du traitement après quatre (4) mois d'utilisation du produit ou à cesser le traitement en l'absence de réponse.

Signature du prescripteur : _____ Date : _____