

Demande de stupéfiants et drogues contrôlées à la pharmacie

Guide d'utilisation: L'infirmière complète ce formulaire et l'achemine à la **pharmacie centrale** au CH Quatre-Temps par **courrier interne** dans le **sac bleu à narcotiques**. Tout narcotique qui n'est plus utilisé doit être retourné à la pharmacie avec la feuille de décompte en indiquant la quantité retournée dans la colonne appropriée. **N.B. Ne pas utiliser le télécopieur.**

DESCRIPTION	FORME	TENEUR	FORMAT	Nombre de format requis	Quantité retournée
Acétaminophène&Codéine (Atasol-30 ^{MD})	comp.	325-30 mg	25 comp.		
Buprenorphine (Butrans ^{MD})	timbre cut.	10 mcg/h	4 timbres		
Buprenorphine (Butrans ^{MD})	timbre cut.	20 mcg/h	4 timbres		
Codéine	comp.	15 mg	25 comp.		
Fentanyl (Duragésic ^{MD})	timbre cut.	12 mcg/hre	5 timbres		
Fentanyl (Duragésic ^{MD})	timbre cut.	25 mcg/hre	5 timbres		
Fentanyl (Duragésic ^{MD})	timbre cut.	37 mcg/hre	5 timbres		
Fentanyl (Duragésic ^{MD})	timbre cut.	50 mcg/hre	5 timbres		
Fentanyl (Duragésic ^{MD})	timbre cut.	75 mcg/hre	5 timbres		
Fentanyl (Duragésic ^{MD})	timbre cut.	100 mcg/hre	5 timbres		
Hydromorphone (Dilaudid ^{MD})	comp.	½ co X 1 mg = 0,5mg	24 X 1/2 comp.		
Hydromorphone (Dilaudid ^{MD})	comp.	1 mg	25 comp.		
Hydromorphone (Dilaudid ^{MD})	comp.	2 mg	25 comp.		
Hydromorphone (Dilaudid ^{MD})	sirop	1 mg/mL	50 mL		
Hydromorphone (Dilaudid ^{MD})	injectable	2 mg/mL	10 amp.		
Hydromorphone (Hydromorph Contin ^{MD})	caps. L.A.	3 mg	25 caps.		
Hydromorphone (Hydromorph Contin ^{MD})	caps. L.A.	4,5 mg	25 caps.		
Hydromorphone (Hydromorph Contin ^{MD})	caps. L.A.	6 mg	25 caps.		
Hydromorphone (Hydromorph Contin ^{MD})	caps. L.A.	12 mg	25 caps.		
Morphine (Statex ^{MD})	comp.	½ co X 5 mg = 2,5 mg	24 X 1/2 comp.		
Morphine (Statex ^{MD})	comp.	5 mg	25 comp.		
Morphine (M-Eslon ^{MD})	caps. L.A.	10 mg	25 caps.		
Morphine (M-Eslon ^{MD})	caps. L.A.	15 mg	25 caps.		
Morphine L.A.(24h) (Kadian ^{MD})	caps. L.A.	10 mg	25 caps.		
Morphine	sirop	1 mg/mL	100 mL		
Morphine	injectable	10 mg/mL	10 amp.		
Oxycodone (Supeudol ^{MD})	comp.	½ co X 5 mg = 2,5 mg	24 X 1/2 comp.		
Oxycodone (Supeudol ^{MD})	comp.	5 mg	25 comp.		
Oxycodone L.A.(Oxycontin ^{MD})	comp.L.A.	5 mg	25 comp.		
Oxycodone L.A.(Oxycontin ^{MD})	comp.L.A.	10 mg	25 comp.		
Oxycodone L.A.(Oxycontin ^{MD})	comp.L.A.	15 mg	25 comp.		

A l'usage de l'infirmière qui complète la demande

CH: CHSLD Polonais J.-F.-Perrault St-Michel

Unité de vie (spécifier) : _____

Demandé par (nom): _____

Date (AA/MM/JJ) _____

Demande de benzodiazépines ou substances ciblées à la pharmacie

Guide d'utilisation: L'infirmière complète ce formulaire et l'achemine à la **pharmacie centrale** au CH Quatre-Temps par **courrier interne** dans le **sac bleu à narcotiques**. Tout narcotique qui n'est plus utilisé doit être retourné à la pharmacie avec la feuille de décompte en indiquant la quantité retournée dans la colonne appropriée. **N.B. Ne pas utiliser le télécopieur.**

DESCRIPTION	FORME	TENEUR	FORMAT	Nombre de format requis	Quantité retournée
Alprazolam (Xanax ^{MD})	comp.	0,25 mg	15 comp.		
Clobazam (Frisium ^{MD})	comp.	10 mg	15 comp.		
Clonazépam (Rivotril ^{MD})	comp.	0,25 mg	15 comp.		
Clonazépam (Rivotril ^{MD})	comp.	0,5 mg	15 comp.		
Diazépam (Valium ^{MD})	comp.	5 mg	15 comp.		
Diazépam (Valium ^{MD})	sol. inj.	5 mg/mL	1 amp.		
Lorazépam (Ativan ^{MD})	comp.	½ co X 0,5mg= 0,25mg	14 X 1/2 comp.		
Lorazépam (Ativan ^{MD})	comp.	0,5 mg	15 comp.		
Lorazépam (Ativan ^{MD})	comp.	1 mg	15 comp.		
Lorazépam (Ativan ^{MD})	sol. inj.	4 mg/mL	1 amp.		
Methylphenidate (Ritalin ^{MD})	comp.	5 mg	15 comp.		
Midazolam (Versed ^{MD})	sol. inj.	5 mg/mL	1 amp.		
Nitrazepam (Mogadon ^{MD})	comp.	10 mg	15 comp.		
Oxazépam (Serax ^{MD})	comp.	½ co X 10 mg=5mg	14 X 1/2 comp.		
Oxazépam (Serax ^{MD})	comp.	10 mg	15 comp.		
Oxazépam (Serax ^{MD})	comp.	½ co X 15 mg=7,5mg	14 X 1/2 comp.		
Oxazépam (Serax ^{MD})	comp.	15 mg	15 comp.		
Phénobarbital	comp.	30 mg	15 comp.		
Témazépam (Restoril ^{MD})	caps.	15 mg	15 caps.		
Tramadol – Acétaminophène (Tramacet ^{MD})	comp.	37,5 – 325 mg	15 comp.		

A l'usage de l'infirmière qui complète la demande

CH: CHSLD Polonais J.-F.-Perrault St-Michel

Unité de vie (spécifier) : _____

Demandé par (nom): _____

Date (AA/MM/JJ) _____