



THÉRAPIE DE REMPLACEMENT NICOTINIQUE (TRN)
INTRAHOSPITALIER OU EXTERNE

Installation : _____

Date : 20 ____ - ____ - ____
aaaa-mm-jj

Heure : ____ : ____

Si ordonnance destinée au
pharmacien communautaire

Nom de la pharmacie : _____ Télécopieur : _____

Date de la transmission : ____ / ____ / ____

Évaluation	Nombre de cigarettes ou autres formes / jour : _____ (Nb : 1 cigarette = 1 mg de nicotine)	Option retenue pour TRN :
	1 ^{er} usage moins de 30 min. après réveil : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI (Thérapie en association à privilégier)	<input type="checkbox"/> Monothérapie <input type="checkbox"/> Combinaison <input type="checkbox"/> Utilisation consécutive

TIMBRES	<input type="checkbox"/> Plus de 40 cigarettes par jour * 42 mg (21 mg+21 mg) appliqué une fois par jour pour 4 semaines 35 mg (21 mg+14 mg) appliqué une fois par jour pour 2 semaines 28 mg (14 mg+14 mg) appliqué une fois par jour pour 2 semaines 21 mg appliqué une fois par jour pour 2 semaines 14 mg appliqué une fois par jour pour 2 semaines 7 mg appliqué une fois par jour pour 2 semaines	<input type="checkbox"/> 30 à 40 cigarettes par jour* 35 mg (21 mg+14 mg) appliqué une fois par jour pour 4 semaines 28 mg (14 mg+14 mg) appliqué une fois par jour pour 2 semaines 21 mg appliqué une fois par jour pour 2 semaines 14 mg appliqué une fois par jour pour 2 semaines 7 mg appliqué une fois par jour pour 2 semaines
	<input type="checkbox"/> 20 à 30 cigarettes par jour 21 mg appliqué une fois par jour pour 6 semaines 14 mg appliqué une fois par jour pour 2 semaines 7 mg appliqué une fois par jour pour 2 semaines	<input type="checkbox"/> 10 à 20 cigarettes par jour 14 mg appliqué une fois par jour pour 6 semaines 7 mg appliqué une fois par jour pour 2 semaines

MÉDICAMENTS À COURTE DURÉE	Milieu communautaire ou hospitalier		Milieu communautaire seulement :	
	19 cigarettes et moins/jour <input type="checkbox"/> pastille 1 mg <input type="checkbox"/> gomme 2 mg	20 cigarettes et plus/jour <input type="checkbox"/> pastille 2 mg <input type="checkbox"/> gomme 4 mg	<input type="checkbox"/> Cartouche 10 mg (Inhalateur Nicorette libérant 4 mg de nicotine)	<input type="checkbox"/> Vaporisateur 1 mg (Nicorette Vapoéclair)
	<input type="checkbox"/> Combinaison avec timbre : 1 gomme/pastille q 1-2 heures PRN; Maximum : 12 unités/24 h Durée maximale : _____		<input type="checkbox"/> Combinaison avec timbre : 1 dose (cartouche ou vaporisateur) q 1-2 heures PRN; Maximum : 12 doses/jour Durée maximale : _____	
<input type="checkbox"/> Monothérapie: Chaque 1-2 h pour 6 semaines; q 2-4 h pour 3 semaines, q 4 à 8 h pour 3 semaines. Dose maximale par jour : Pastille 1 mg = 25/jour et 2 mg = 15/jour ; Gomme 2 mg et 4 mg = 20/jour Durée maximale : _____		<input type="checkbox"/> Monothérapie : 1 cartouche q ____ PRN (maximum 12 cartouches/j) Durée : _____ Puis réduire : _____	<input type="checkbox"/> Monothérapie : 1 à 2 vap q 30 min PRN semaine 1 à 6; puis réduire de moitié le nombre de vaporisations par jour semaine 7 à 9; puis 2 à 4 vap/jour semaine 10 à 12. Maximum : 2 vap à la fois (2 mg); 4 vap/h (4 mg/h) et 64 vap/jour (64 mg/j).	

* Couverture maximale RAMQ 12 semaines par année, si combinaison de timbre : démarche RAMQ à faire par pharmacien communautaire.
Nb : les timbres peuvent être retirés pour la nuit si insomnie/cauchemars.

Commentaires : _____

Prescripteur : _____ # permis : _____ Date : 20 ____ - ____ - ____ Heure : ____ : ____

Volet communautaire : coordonnées pour contacter le prescripteur si requis _____

Adopté par le comité de pharmacologie le 17 janvier 2023

ORDONNANCE PRÉIMPRIMÉE AVEC MÉDICATION – THÉRAPIE DE REMPLACEMENT NICOTINIQUE INTRAHOSPITALIER OU EXTERNE