

RB Pharmaceuticals Ltd
c/o RBI Specialised Importation Company Inc.

2000 Ellesmere Rd., Unit 16
Scarborough, ON, M1H 2W4

PROGRAMME D'ACCÈS SPÉCIAL
Comprimés sublinguaux SUBUTEX® (buprénorphine)
Traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes
FEUILLE D'INSCRIPTION DU PATIENT/DEMANDE DE MÉDICAMENTS

1 1. Initiales du patient : _____ 2. Sexe : Homme ____ Femme ____
3. Date de naissance (jj/mm/aa) : _____ 4. Dose d'entretien de SUBUTEX : _____ mg/jour
[][][]

2 Nombre de boîtes de SUBUTEX approuvé par Santé Canada
Comprimés à 8 mg (7 comprimés/boîte) boîtes
Comprimés à 2 mg (7 comprimés/boîte) boîtes
Comprimés à 0,4 mg (7 comprimés/boîte) boîtes

3 Nombre de boîtes de SUBUTEX demandé à cette occasion?*

Comprimés à 8 mg (7 comprimés/boîte)	boîtes
Comprimés à 2 mg (7 comprimés/boîte)	boîtes
Comprimés à 0,4 mg (7 comprimés/boîte)	boîtes

* Stock pour deux mois au maximum, à la discrétion du promoteur

4 Le patient répond à tous les critères d'admissibilité (indiqués dans les lignes directrices relatives au traitement et aux exigences du programme) :
 Oui
 Non Commentaires : _____
On a remis au patient le formulaire de consentement éclairé et il l'a signé Oui. Date :
 Non

5 *Déclaration du médecin : J'ai lu la monographie de SUBUTEX, comprimés sublinguaux, pour le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes et je m'engage à traiter le patient en conformité avec ses stipulations.*
Nom du médecin : _____
Signature du médecin : _____ Date (jj/mm/aa): [][][]

6 Nom et adresse du médecin :

Tél.: _____ Téléc. : _____
Doit-on envoyer le médicament à l'adresse ci-dessus? ** Oui Non
SINON, le médicament doit être envoyé à :

** Selon les directives de Santé Canada, le médicament ne peut être envoyé à une pharmacie de détail ou à une pharmacie d'une clinique externe. Prière de fournir l'adresse du médecin demandeur ou de la pharmacie du centre hospitalier.

