|  |
| --- |
| **Fiche de suivi –** **Patient sous traitement substitutif aux opiacés (TSO)** |

N° Page : 1

 **PATIENT**

|  |
| --- |
|  🞏 Masculin 🞏 Féminin Nom :  Prénom :  Date de naissance :  Téléphone :  Nom de l’accompagnant (*si existant*) :  |

 **MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

|  |
| --- |
|  Nom : Adresse cabinet/structure : Téléphone : |

 **PRESCRIPTION(S)**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la prescription  | 20/10/20 |
| Traitement (DCI) | Buprénorphine |
| Posologie | Quatre milligrammes en une prise le matin |
| Durée (en jours)  | 28 jours |
| Date de début de traitement  | 21/10/20 |
| Date de fin de traitement  | 17/11/20 |
| Mode de délivrance  | En une fois |
| Date(s) de prise à l’officine | 20/10/20 |

Commentaires :

Le patient n’a pas de questions particulières. Motivé.

Inquiétudes etc.



N° Page : 2

**PRESCRIPTION**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la prescription  | 20/10/20 |
| Traitement (DCI) | Buprénorphine |
| Posologie | Quatre milligrammes en une prise le matin |
| Durée (en jours)  | 28 jours |
| Date de début de traitement  | 21/10/20 |
| Date de fin de traitement  | 17/11/20 |
| Mode de délivrance  | En une fois |
| Date(s) de prise à l’officine | 20/10/20 |

**PRESCRIPTION(S)**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la prescription  | 20/10/20 |
| Traitement (DCI) | Buprénorphine |
| Posologie | Quatre milligrammes en une prise le matin |
| Durée (en jours)  | 28 jours |
| Date de début de traitement  | 21/10/20 |
| Date de fin de traitement  | 17/11/20 |
| Mode de délivrance  | En une fois |
| Date(s) de prise à l’officine | 20/10/20 |

**PRESCRIPTION(S)**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la prescription  | 20/10/20 |
| Traitement (DCI) | Buprénorphine |
| Posologie | Quatre milligrammes en une prise le matin |
| Durée (en jours)  | 28 jours |
| Date de début de traitement  | 21/10/20 |
| Date de fin de traitement  | 17/11/20 |
| Mode de délivrance  | En une fois |
| Date(s) de prise à l’officine | 20/10/20 |