

# Programme de retour des timbres®Teva-Fentanyl

Programme de retour des timbres cutanés pour des collectivités plus sécuritaires

TEVA

En toute sûreté

Date : (JJ/MM/AAAA)

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom

N° de téléphone

Adresse

Ville/Province

Code postal

## ENTENTE RELATIVE AU TRAITEMENT PAR LES TIMBRES DE FENTANYL

Je comprends que mon médecin m'a prescrit des opioïdes pour traiter mes douleurs et que les timbres®Teva-Fentanyl me sont délivrés par la pharmacie \_\_\_\_\_.

J'accepte les conditions suivantes :

1. Je ne chercherai pas à obtenir des narcotiques d'un autre médecin. Seul mon médecin\* me prescrira tout narcotique, s'il y a lieu.
2. Je ne prendrai pas de fentanyl à une dose et à une fréquence plus élevées que celles qui ont été prescrites par mon médecin\*.
3. Je ne donnerai ni ne vendrai mes timbres de fentanyl à d'autres personnes, y compris les membres de ma famille; je n'accepterai aucun narcotique provenant d'autres personnes.
4. Je comprends que la pharmacie pourrait me remettre pas plus de 10 timbres de fentanyl (ou un approvisionnement de 1 mois) à la fois.
5. Je devrai retourner tous les timbres de fentanyl utilisés à mon pharmacien pour pouvoir obtenir d'autres timbres.
6. Je comprends que si je ne rapporte pas la totalité des timbres prescrits à la pharmacie, le pharmacien pourrait refuser de me remettre d'autres timbres ou m'en remettre une plus petite quantité.
7. Je n'utiliserai pas de narcotiques en vente libre, tels que 222 et Tylenol® No. 1.
8. Je comprends que si ma réserve de timbres s'épuise plus rapidement que prévu pour quelque raison que ce soit (p. ex. si je perds mes timbres ou que j'en prends plus que ce qui m'a été prescrit), mon médecin\* ne me prescrira pas de timbres supplémentaires; je devrai attendre la date prévue du prochain renouvellement.
9. Je ferai exécuter mon ordonnance dans une seule pharmacie. J'ai choisi la pharmacie suivante: \_\_\_\_\_
10. Je conserverai mes médicaments en lieu sûr.

Je comprends que si je ne respecte pas ces conditions, mon médecin\* pourrait décider de cesser de me prescrire des timbres de fentanyl.

## MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin

\*« Mon médecin » désigne le médecin prescripteur susmentionné.

Signature du patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du pharmacien \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Adaptation de : National Opioid Use Guideline Group. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>. Publié en 2010. Consulté le 20 mai 2016.

**En-toute-surete-avec-Teva.ca/Fentanyl**