

Substance active	Voie d'administration	Spécialités pharmaceutiques	Ordonnance numérique ou sécurisée papier	Posologie et dosage en toutes lettres	Durée maximale de prescription	Fractionnement obligatoire sauf mention "délivrance en une seule fois"	Interdiction de chevauchement sauf mention contraire du prescripteur	Identité du pharmacien dispensateur sur l'ordonnance***	Autres conditions	Quantité délivrée en unités de prise apposée sur l'ordonnance	Conservation copie de l'ordonnance * (3 ans)	Identité du porteur de l'ordonnance s'il n'est pas le malade**
buprénorphine	orale	Subutex® et Gé Orobupréré® (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	7 jours	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
buprénorphine	orale	Suboxone® (Buprénorphine+Naloxone) (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	7 jours	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
buprénorphine	orale	Temgésic® 0.2mg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 mois	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
codéine	orale	Codéine Seule ou en association (tous dosages, toutes formes galéniques)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 semaines	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
clonazepam	orale	Rivotril® (cp et sol. buv.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 semaines	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes et services en neurologie et pédiatrie			
clorazepate	orale	Tranxène® 20mg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dihydrocodéine	orale	Dicodin® cp LP 60mg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 semaines	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
midazolam	orale	Buccolam® (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 mois	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes et services en neurologie et pédiatrie - Commande à usage professionnel possible par tout médecin pour sa trousse d'urgence (ordonnance sécurisée papier)			
midazolam	injectable	Midazolam ACCORD® Midazolam AGUETTANT® Midazolam VIATRIS® (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 jours	7 jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pré gabaline	orale	Lyrica® et Gé (tous dosages)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 mois	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tianeptine	orale	Stablon® 12.5mg et Gé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
tramadol	orale	Tramadol Seul ou en association (tous dosages, toutes formes galéniques)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12 semaines	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zolipdém	orale	Stilnox® 10mg et Gé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	28 jours	non	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Ordonnances numériques conservées dans le LAD, copie papier ou scanner de l'ordonnance sécurisée comportant les mentions obligatoires (notamment les quantités délivrées en unités de prise si elle s'applique)

** Enregistrement ou transcription à l'ordonnancier des nom et adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le malade et s'il est inconnu du pharmacien, des références d'une pièce justifiant son identité

*** Pour la prise en charge par l'assurance maladie afin de lutter contre le mésusage

Délai de présentation de l'ordonnance : 3 mois (ces médicaments ne sont pas soumis au délai de carence donc pas de déconditionnement)