

TABLEAU ASSIMILES STUPEFIANTS 01032025

Médicament Liste I	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**
<b>Buccolam ®</b> (Midazolam voie orale) 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)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Midazolam ACCORD ®</b> <b>Midazolam VIATRIS ®</b> (Midazolam voie injectable) 1mg/ml et 5mg/ml	<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"/>
<b>Codéine</b> 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"/>
<b>Dicodin®</b> (Dihydrocodéine) 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"/>
<b>Lyrica® et Gé</b> (Prégabaline) 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"/>
<b>Rivotril ®</b> (Clonazépam voie orale) 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Stablon® 12.5mg et Gé</b> (Tianeptine voie orale)	<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"/>
<b>Stilnox® 10mg et Gé</b> (Zolpidem voie orale)	<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"/>
<b>Subutex® et Gé</b> <b>Orobupré®</b> (Buprénorphine voie orale) 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"/>
<b>Suboxone®</b> (Buprénorphine+ Naloxone voie orale) 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"/>
<b>Temgésic® 0.2mg</b> (Buprénorphine voie orale)	<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"/>
<b>Tramadol</b> 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"/>
<b>Tranxène ® 20mg</b> (Clorazépate dipotassique voie orale)	<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"/>

\* 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