ETABLISSEMENT DE SANTE	Ref Service Version : Date de création :
Surveillance de l'instauration de méthadone (Zoryon®) : EXEMPLE	

Date jour 1 : _____

Nom, prénom (qui effectue la surveillance)	Heure	Effet secondaire ? (Indiquez si : constipation, nausée, vomissement, hallucinations, bouche sèche, hypoglycémie) Gradation : Léger, modéré, intense, très intense	Surveillance surdosage		Evaluation de la douleur (Echelle numérique, Echelle verbale simple)	Dose de méthadone (depuis le dernier passage)	Dose de méthadone totale du jour
			Score Sédation (ex :RASS)	Fréquence respiratoire			