



MOCLI60674

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj
NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm
Nom, Prénom de la mère : _____

ÉVALUATION DU TRAITEMENT AGONISTE AUX OPIOÏDES - HÉBERGEMENT DÉPENDANCE

Consigne : Évaluation complémentaire au CLI-60277 Admission en hébergement dépendance pour les usagers sous traitement agoniste aux opioïdes (TAO) et approvisionnement plus sécuritaire (APS).

MÉDICAMENT			
☐ Buprénorphine-naloxone (Suboxone)	☐ SL ☐ Film	Dose _____ mg	Fréquence _____
☐ Morphine à libération lente quotidienne (Kadian)		Dose _____ mg	Fréquence _____
☐ Méthadone		Dose _____ mg	Fréquence _____
☐ Buprénorphine injectable à libération prolongée (Sublocade)			
Dose mensuelle SC : _____ mg			
Date de la dernière injection : _____ aaaa/mm/jj			
Date prévue de la prochaine injection : _____ aaaa/mm/jj (Rappel : intervalle possible de 26 à 42 jours entre les injections)			
☐ Approvisionnement sécuritaire (ex : Dilaudid, hydromorphe contin)			
Substance prescrite : _____		Dose : _____ mg	Fréquence : _____

COLLECTE DE DONNÉES
Dernière prise de TAO et/ou APS : _____ aaaa/mm/jj
Heure habituelle de la prise : _____ hh:mm
Somnolence quelques heures après la prise ☐ Oui ☐ Non (Pic d'action à environ 2 heures pour la méthadone et buprénorphine-naloxone et 8 heures pour la morphine à libération lente quotidienne)
Si oui, préciser _____
Durée de l'effet TAO sur 24 heures _____ heures
Symptômes de sevrage ressentis lorsque la molécule ne fait plus effet : _____
Besoin irrépressible de consommer un autre opioïde : ☐ Oui ☐ Non Si consommation, préciser (date dernière consommation, substance, quantité, voie d'administration) : _____
Présentez-vous des particularités aux sites d'injection ? ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O Si oui, préciser les particularités objectivées : _____
Effets secondaires autres que la somnolence : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : _____
Omission de doses de TAO dans la dernière semaine ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : _____
Nombre de doses supervisées devant le pharmacien par semaine : _____
Combien de doses l'utilisateur a-t-il avec lui : _____
L'utilisateur envisage-t-il un changement de dose : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser la dose souhaitée : _____
Rappel : La décision de modifier ou non la dose du traitement revient au médecin

#Dossier :

Autorisation verbale de l'usager de communiquer avec l'équipe ou les personnes suivantes (remplir à l'admission) :

Coordonnées de l'équipe TAO :

☐ Médecin de l'hébergement dépendance ☐ Médecin TAO ☐ Infirmière pivot du TAO

- Vérification des informations de la collecte de données auprès du pharmacien qui distribue TAO de l'utilisateur : ☐ Oui ☐ Non ☐ À faire
- Directives pour le suivi ajoutées au PTI ☐ Oui ☐ Non ☐ À faire

[illegible]

Date : ____/____/____