



MOCLI60751

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
aaaa/mm/jj

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## ÉVALUATION ET ENSEIGNEMENT EN SOINS INFIRMIERS TUO\* - COMPLÉMENT AU NID-ÉP

\*Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes

### MODE D'ÉVALUATION

NID-ÉP complété : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Point de service : \_\_\_\_\_ ☐ S/O

☐ Téléconsultation ☐ Entretien en présentiel ☐ Double identification faite

### OBJECTIFS DE LA PERSONNE

- ☐ Obtenir une molécule de substitution, préciser : \_\_\_\_\_  
☐ Réduire la consommation ☐ Cesser complètement les opioïdes  
☐ Autre : \_\_\_\_\_

### ÉTAT DE L'USAGER

Usager semble intoxiqué au passage de l'évaluation ☐ Oui ☐ Non Préciser : \_\_\_\_\_

Symptômes de sevrage opioïdes observables ou  
mentionnés par l'usager à l'évaluation ☐ Oui ☐ Non ☐ Voir COWS

### HISTORIQUE DE LA CONSOMMATION D'OPIOÏDES

Dans quel contexte ont été consommés les opioïdes pour la première fois (âge, avec amis, contexte médical, etc.) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À quel moment a débuté la consommation régulière : \_\_\_\_\_

Date de la dernière prise : \_\_\_\_\_

Quels sont les opioïdes consommés régulièrement : \_\_\_\_\_

Provenance : ☐ Marché illicite ☐ Prescription médicale ☐ En ligne

Préciser : \_\_\_\_\_

Quantité consommée par jour : \_\_\_\_\_

Quantité minimale qui doit être consommée pour ne pas ressentir de sevrage : \_\_\_\_\_

Consomme seul : ☐ Oui ☐ Non Préciser : \_\_\_\_\_

Antécédent de surdose aux opioïdes : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : \_\_\_\_\_

Trousse de naloxone en sa possession : ☐ Oui ☐ Non

Connait la méthode d'administration de la naloxone : ☐ Oui ☐ Non

Mode de consommation : ☐ Oral ☐ Nasal ☐ Fumé ☐ Injecté ☐ Transdermique ☐ Intra rectal

Fonction actuelle de la consommation : \_\_\_\_\_

Antécédent de complication relié au mode de consommation : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : \_\_\_\_\_

Présence de symptômes de sevrage à l'arrêt : ☐ Oui ☐ Non Préciser : \_\_\_\_\_

Moments d'abstinence : ☐ Oui ☐ Non Durant combien de temps : \_\_\_\_\_

## TRAITEMENT AGONISTE AUX OPIOÏDES

Antécédent de traitement par agoniste aux opioïdes : ☐ Oui ☐ Non, *Passer à la section suivante*

Endroit où était assuré le suivi TAO : \_\_\_\_\_

Nombre d'années en traitement : \_\_\_\_\_

Raisons de l'arrêt : \_\_\_\_\_

**Molécule prescrite :**
☐ Buprénorphine ☐ Buprénorphine injectable à libération prolongée ☐ Morphine à libération lente uniguotidienne  
☐ Méthadone ☐ Approvisionnement sécuritaire ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Dose prescrite : \_\_\_\_\_

## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE LIÉ À L'UTILISATION D'OPIOÏDES (TUO)

- ☐ Prise d'opioïdes en plus grandes quantités et/ou pendant une période plus prolongée que prévu
- ☐ Désir persistant, ou efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage d'opioïdes
- ☐ Passer beaucoup de temps à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser des opioïdes et/ou à récupérer de leurs effets
- ☐ Envie impérieuse (« craving ») d'utiliser les opioïdes
- ☐ Usage répété d'opioïdes conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures
- ☐ Usage continu d'opioïdes malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux
- ☐ Abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants à cause de l'usage des opioïdes
- ☐ Usage répété d'opioïdes dans des situations où cela peut être physiquement dangereux
- ☐ Poursuite de l'usage d'opioïdes bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par les opioïdes
- ☐ Syndrome de sevrage caractéristique des opioïdes et/ou les opioïdes sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
- ☐ Tolérance aux opioïdes

Référence : *Guide d'usager optimal-traitement par agonistes d'opioïdes, INESSS, mai 2021*

- ☐ La personne présente plusieurs critères du trouble de l'utilisation aux opioïdes (au minimum deux) la rendant éligible au traitement de substitution (ceci n'est pas un diagnostic).

## COMPORTEMENTS À RISQUE

Section reportée à la prochaine rencontre : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : \_\_\_\_\_

A déjà eu un dépistage ITSS : ☐ Oui ☐ Non Date du dernier dépistage : aaa/mm/jjA eu des relations sexuelles non protégées depuis le dernier dépistage ITSS : ☐ Oui ☐ NonDate de la dernière relation sexuelle non protégée : aaaa/mm/jj

Préciser le moyen contraceptif utilisé : \_\_\_\_\_

À déjà utilisé des drogues par injection, inhalation ou voie intranasale : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : \_\_\_\_\_

À déjà partagé du matériel de consommation : ☐ Oui ☐ NonPréciser ( *date du dernier partage, type de matériel* ) : \_\_\_\_\_À réutilisé le matériel ou utilisé du matériel non stérile : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : \_\_\_\_\_

Autre facteur de risque ITSS identifié selon le feuillet *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés – Intervention préventive relative aux ITSS* : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : \_\_\_\_\_

☐ Accepte le dépistage ITSS lors du premier RV ☐ Refuse le dépistage ITSSRéférence : *ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés-Intervention préventive aux ITSS-MESSS*

## IMMUNISATION/VACCINATION

Section reportée à la prochaine rencontre : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : \_\_\_\_\_

SI-PMI : ☐ Vérifié ☐ Non disponible ☐ À vérifier ☐ Statut vaccinal à jourVaccination proposée : ☐ Hépatite A ☐ 1<sup>re</sup> dose ☐ 2<sup>e</sup> dose ☐ Considéré immunisé☐ Hépatite B ☐ 1<sup>re</sup> dose ☐ 2<sup>e</sup> dose ☐ 3<sup>e</sup> dose ☐ Dose de rappel ☐ Considéré immunisé☐ Pneumocoque ☐ Tétanos ☐ VPH ☐ Grippe saisonnière ☐ COVID-19☐ Autre vaccin : \_\_\_\_\_☐ Accepte la vaccination ☐ Refuse la vaccination

Nom, prénom :

#Dossier :

### DÉMARCHES ET SOUTIEN

Actuellement suivi par une équipe : ☐ Oui ☐ Non

☐ Organisme communautaire ☐ Service de proximité en santé mentale ☐ Service de proximité en dépendance ☐ Médecin/IPS  
☐ CLSC ☐ SIDEP ☐ TAO ☐ Suivi adapté en santé mentale ☐ Autres : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées de vos intervenants : \_\_\_\_\_

Soutien de l'entourage ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, inscrivez le nom des personnes en soutien : \_\_\_\_\_

Autorisation verbale de l'utilisateur de communiquer ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Préciser (équipe, personne, type de renseignement): \_\_\_\_\_

Partage des renseignements de santé et de services sociaux : ☐ Complété ☐ À faire ☐ S/O

Autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier (AH-216) : ☐ Complété ☐ À faire ☐ S/O

Carte RAMQ : ☐ Valide ☐ Expirée ☐ Perdue

Démarches nécessaires pour renouvellement de carte RAMQ : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : \_\_\_\_\_

Assurance privée ☐ Oui ☐ Non Précisez : \_\_\_\_\_

Assurance autochtone : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Fiche de signalement de surdose complétée : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O

Préciser : \_\_\_\_\_

Référé à l'intervenant psychosocial : ☐ Oui ☐ Non

Préciser : \_\_\_\_\_

### ENSEIGNEMENT

Consigne : Mettre un crochet si effectué

☐ Effets recherchés et secondaires des molécules TAO ☐ Déroulement des rendez-vous et heures d'ouverture

☐ Doses supervisées à la pharmacie et non supervisées ☐ Coordonnée équipe TAO

☐ Avantages et contraintes associés au traitement

☐ Premier RV TAO

- Ne pas conduire la journée de l'induction au TAO
- Se présenter accompagné si possible
- Se présenter avec des symptômes de sevrage modérés

☐ Risques d'infection : ITSS, hépatite C, streptocoque type A ☐ Signe d'infection au site d'injection

☐ Utilisation du matériel d'injection, intranasal et d'inhalation à moindres risques ☐ Centre d'accès à du matériel d'injection (CAMI)

☐ Consommation plus sécuritaire de crack et de crystal meth ☐ Administration de la naloxone par voie nasale à l'utilisateur

☐ Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose (L.C. 2017, ch 4)

☐ Explication sur le sevrage des dépresseurs du système nerveux central (SNC) et des risques associés

☐ Autre (s) : \_\_\_\_\_

### ORIENTATION

L'utilisateur accepte le TAO : ☐ Oui ☐ Non

Si non, précisez et indiquez l'endroit où sera orienté l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Ajouté à la liste d'attente TAO : ☐ Oui ☐ Non

Priorisation selon la grille en vigueur dans le secteur : ☐ Critique ☐ Élevée ☐ Moyenne ☐ Basse

Préciser : \_\_\_\_\_

Date et heure du premier rendez-vous remis :

☐ Oui aaaa/mm/jj hh:mm

☐ Non → sera contacté par téléphone ultérieurement par l'infirmière TAO

### NOTES COMPLÉMENTAIRES

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_

Date : aaaa/mm/jj hh:mm