



MOCLI60757

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

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

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Nom, prénom de la mère : \_\_\_\_\_

## TRANSFERT PERMANENT TRAITEMENT AGONISTES OPIOIDES

### IDENTIFICATION DE L'USAGER

Compléter tous les champs dans la section ci-dessus à droite, sauf le numéro de dossier si inconnu.

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : \_\_\_\_\_

\*Père (nom, prénom): \_\_\_\_\_

\*Adresse de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ \*Appartement : \_\_\_\_\_

\*Ville : \_\_\_\_\_ \*Province : \_\_\_\_\_ \*Code postal : \_\_\_\_\_

\*Téléphone : \_\_\_\_\_ Autorisation de laisser un message : ☐ Oui ☐ Non

Autre téléphone (précisez) : \_\_\_\_\_ Autorisation de laisser un message : ☐ Oui ☐ Non

Courriel : \_\_\_\_\_ Mode de communication : ☐ Téléphone ☐ Courriel ☐ Appel vidéo

Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_ Lien avec l'utilisateur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Les informations obligatoires sont précédées du symbole \*

### IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRANT

Étampe

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

### PHARMACIE ACTUELLE (Vérifier au DSQ si changement)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

### SUIVI MÉDICAL

☐ Aucun ☐ Inscrit au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) ☐ Médecin de famille : \_\_\_\_\_

☐ Groupe médical : \_\_\_\_\_ ☐ Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

(IPSPL) : \_\_\_\_\_

### MOTIF DE TRANSFERT

☐ Déménagement ☐ Voyage ☐ Besoins de services spécialisés ☐ Stabilisation ☐ Autre : \_\_\_\_\_

☐ Grossesse – Date prévue d'accouchement : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

Transfert vers : \_\_\_\_\_ Ville ou région \_\_\_\_\_ Date prévue de transfert : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

### MODALITÉS DE PAIEMENT DES MÉDICAMENTS

Modalités de paiement actuelles (couverture assurantielle) : \_\_\_\_\_

☐ Modalités de paiement hors Québec discutées avec la personne avant le transfert

### PRESCRIPTION TAO

☐ Méthadone ☐ Buprénorphine-naloxone ☐ Morphine à libération lente unique quotidienne

☐ Autre : \_\_\_\_\_

Date d'entrée de traitement : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

Date Rx en cours : du \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj au \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

Le patient reçoit : \_\_\_\_\_ mg par jour OU préciser si autre fréquence \_\_\_\_\_

Nombre de doses non supervisées à la fois : \_\_\_\_\_ Nombre de jours à la pharmacie par semaine : \_\_\_\_\_ /7

Buprénorphine injectable à libération prolongée \_\_\_\_\_ mg Date de la dernière administration : \_\_\_\_\_ aaaa/mm/jj

Approvisionnement plus sécuritaire Hydromorphe \_\_\_\_\_ mg po Autre : \_\_\_\_\_

Nombre de comprimés par jour : \_\_\_\_\_ Nombre de comprimés maximum par service : \_\_\_\_\_

Nom, prénom :

#Dossier :

### PRÉCISIONS PAR RAPPORT AU TAO

Changements récents, dosage max, essais antérieurs, observance, doses scindées, etc. : \_\_\_\_\_

Date dernier ECG : \_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_ QTc : \_\_\_\_\_

Comportements à risque à surveiller (Partage de matériel, surdose récente, infection récente, fréquentation des SIS/CPS, naloxone en sa possession, état des sites d'injection, etc.) : \_\_\_\_\_

Autres effets secondaires liés au TAO : \_\_\_\_\_

Traitement actuel et intensité du suivi requis : \_\_\_\_\_

### CONSOMMATION ACTUELLE D'OPIOÏDES ET/OU AUTRES SUBSTANCES (MODE ET FRÉQUENCE)

### STATUT VACCINAL ET ITSS

#### Virus hépatite A (VHA)

☐ Immun ☐ Non immun ☐ Inconnu

#### Virus hépatite B (VHB)

☐ Immun ☐ Non immun ☐ Inconnu

☐ Ancienne infection ☐ Infecté

Traitement : \_\_\_\_\_

Autres immunisations : \_\_\_\_\_

#### Virus hépatite C (VHC)

☐ Anti VHC - ☐ Anti VHC + Date : \_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_

☐ ARN+ ☐ ARN- Si oui, date : \_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_ Début présumé infection : \_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_

Anciennes infections et traitements : \_\_\_\_\_

#### Chlamydia/gonorrhée

Anciennes infections : \_\_\_\_\_

Dernier dépistage : \_\_\_\_\_

#### Syphilis

Date dernier dépistage : \_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_

Infections : \_\_\_\_\_

#### Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

☐ VIH+ Traitement ☐ VIH- Date dernier dépistage : \_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_ ☐ Statut inconnu

### ANTÉCÉDENTS

Grossesse et contraception : \_\_\_\_\_

#### Hypogonadisme :

☐ Oui ☐ Non

☐ Non recherché Traitement actuel et suivi requis : \_\_\_\_\_

Médicaux & chirurgicaux, allergies : \_\_\_\_\_

Autres suivis (spécialité) : \_\_\_\_\_

Suivis à faire (bilans, références/investigations en attente) : \_\_\_\_\_

Psychiatriques (diagnostic, évaluation spécialisée) : \_\_\_\_\_

☐ Consultation psychiatrie

Date : \_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_ Unité : \_\_\_\_\_

Suivi : \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES PERTINENTES AU TRANSFERT

☐ Contenu du formulaire discuté avec l'utilisateur (consent au partage) Date : \_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ # Permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_