



TRANSFERT PERMANENT DE TRAITEMENT AGONISTE OPIOÏDE

☐ Interservices ☐ Interrégional ☐ Interprovincial ☐ International

* : Champ obligatoire

IDENTIFICATION DE L'USAGER.ÈRE

Nom* : _____ Prénom* : _____
Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____ Sexe : ☐ F ☐ M ☐ Autre : _____
Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ ☐ SDF
DDN* : _____ NAM* : _____ Exp : _____
Téléphone* : _____ ☐ N/A Courriel : _____ ☐ N/A

IDENTIFICATION DU/DE LA MÉDECIN/IPS

Nom : _____
Établissement/hôpital : _____
Ville : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

MOTIF DE TRANSFERT

☐ Déménagement* ☐ Libéré d'office* ☐ Désorganisation* ☐ Stabilisation* ☐ Induction urgence/hôpital*

☐ Enceinte, date des dernières menstruations* : _____

Intensité du suivi, un rendez-vous par : _____

Dose de confort atteinte* : ☐ Oui ☐ Non

Se présente à ses rendez-vous comme prévu : ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

Mesures disciplinaires dans la dernière année : ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

Antécédent de surdose dans la dernière année : ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

Recommandation du/de la médecin, transfert de l'utilisateur vers : ☐ 1^{re} ligne ☐ Bas seuil ☐ Centre spécialisé

Précisez : _____

Transfert vers : _____ Le : _____

PRESCRIPTION* peut être omise si copie de l'ordonnance jointe au formulaire

☐ Méthadone ☐ Buprénorphine ☐ Morphine 24 h ☐ Autre : _____

Date d'entrée de traitement : _____

Date de prescription en cours : Du _____ Au _____ (inclusivement)

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

Pour induction faite à l'urgence, prévoir ordonnance d'un minimum de deux semaines

Nom : _____ Prénom : _____ No de dossier : _____

Buprénorphine injectable : _____ mg Date de la dernière administration : _____ / _____ / _____

APPROVISIONNEMENT PLUS SÉCURITAIRE

Hydromorphone : _____ mg Autre : _____

Nombre de comprimés par jour : _____ Nombre de comprimés maximum par service : _____

Pharmacie : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

AUTRES MÉDICAMENTS PRESCRITS (si possible, joindre le profil pharmaceutique)

Nom : _____ Posologie : _____ Nom : _____ Posologie : _____

Nom : _____ Posologie : _____ Nom : _____ Posologie : _____

Nom : _____ Posologie : _____ Nom : _____ Posologie : _____

ANTÉCÉDENTS

Médicaux et chirurgicaux, allergies : _____

Psychiatriques (diagnostic, évaluation spécialisée) : _____

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

COMMENTAIRES

MEDECIN DE FAMILLE

☐ Aucun ☐ Inscrit au GAMF ☐ Nom : _____

Nom et prénom (en lettres moulées) : _____ No de permis : _____

Titre d'emploi : _____

Signature : _____ Date : _____

Veuillez transmettre ce formulaire par télécopieur au 514 527-0031 ou par courriel à l'adresse
rvcran.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca en indiquant l'objet : Transfert.

Pour toute question, veuillez contacter le 514 527-6939, poste 2224 ou le numéro sans frais au 1 866-726-2343