



S M 0 2 7 2 7

## **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'usager.ère vers :**  1<sup>re</sup> 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