|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| G:\Archivistes\Projet oWord\Gabarits\JMA\Logo\LogoCIUSSSCSIM.jpg | No de dossier :       | RAMQ :        |
| Nom :       | Prénom :       |
| DDN :       (     ) | Sexe :   |
| Début épisode :       | No ch. :       |
| Md traitant :       |

\*SM02727\***TRANSFERT PERMANENT DE TRAITMENT AGONISTE OPIOÏDE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |
| **IDENTIFICATION DU PATIENT** |
| Nom :       | Prénom :       |
| Langue : [ ]  F [ ]  A | Sexe :  |  |  |        |
| Adresse :       | Ville :       | Code postal :       |
| DDN\* :       | NAM\* :       |       | / |       | Téléphone :       |
| **\*champ obligatoire**  |  date d’expiration |
| **IDENTIFICATION DU MÉDÉCIN** |
| Étampe  | Nom :       |
| Adresse :       |
| Ville :       |
| Téléphone :       | Télécopieur :       |
| **MOTIF DE TRANSFERT** |
|   |  |  |  |
|  |
| [ ]  Enceinte , date des dernières menstruations :       /      /      |
|  |
| Intensité du suivi : un rendez-vous par       |  |
| Dose de confort atteinte ?  |  |  |
| Se présente à ses rendez tel que prévu : |  |  |
| Mesures disciplinaires dans la dernière année :  |  |  |
| Antécédent de surdose dans la dernière année :  |  |  |
| **Recommandation du médecin :** Transfert du patient vers :  |   |  |  |
|  |
| Précisez :  |       |
|  |
| Transfert vers : |       | le :  |       |
|  | Ville, région, province ou pays |  | Date prévue de transfert |

|  |
| --- |
| **PRESCRIPTION**  |
| [ ]  **Méthadone** | [ ]  **Buprénorphine** | [ ]  **Morphine 24h** | [ ]  **Autre :**        |
| Date d’entrée de traitement : |       /      /      |  |
|  | J | M | A |  |
|  |
| Date RX en cours : du |      /      /      | au |       /      /      | (inclusivement) |
|  | J | M | A |  | J | M | A |  |
| 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** |       mg | Date de la dernière administration |       /      /      |
|  |  |  | J | M | A |
|  |
| **APPROVISIONNEMENT PLUS SÉCURITAIRE** |  |
| Hydromorphone       mg | Autre :       |
|  |
| Nombre de comprimés par jour :       | Nombre de comprimés maximum par service :       |
|  |
|  |
| Pharmacie : |       |
|  |
| Adresse :  |       |
|  |
| Téléphone :  |       | Télécopieur : |       |
|  |  |  |  |
| **AUTRES MÉDICAMENTS PRESCRITS** |
| Nom : |       | Posologie : |       | Nom : |       | Posologie : |       |
| Nom : |       | Posologie : |       | Nom : |       | Posologie : |       |
| Nom : |       | Posologie : |       | Nom : |       | Posologie : |       |
|  |
| Si possible, joindre profil pharmaceutique. |
|  |
| **ANTÉCÉDENTS** |
| **Médicaux et chirurgicaux, allergies :** |       |
|  |
| **Psychiatriques (diagnostic, évaluation spécialisée) :** |       |
|  |
| **CONSOMMATION ACTUELLE D’OPIOÏDES ET/OU AUTRES SUBSTANCES (MODE ET FRÉQUENCE)** |
|       |
| **COMMENTAIRES** |
|       |

|  |
| --- |
| **MEDECIN DE FAMILLE**  |
|  |  |        |
|  |

|  |
| --- |
| **Signature complète**,  |
|       |

Faire parvenir le présent formulaire par télécopieur 514-527-0031 ou

par courriel rvcran.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca avec objet "Transfert"

Pour toute question: Téléphone 514-527-6939 poste 2224 Sans frais : 1-866-726-2343