



\*SM02727\*

## TRANSFERT PERMANENT DE TRAITEMENT AGONISTE OPIOÏDE

<input type="radio"/> Interservices	<input type="radio"/> Interrégional	<input type="radio"/> Interprovincial	<input type="radio"/> International
<b>IDENTIFICATION DU PATIENT</b>			
Nom :		Prénom :	
Langue : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A		Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M Autre :	
Adresse :		Ville :	Code postal :
DDN* :	NAM* :	/	Téléphone :
<small>*champ obligatoire</small>		<small>date d'expiration</small>	
<b>IDENTIFICATION DU MÉDECIN</b>			
Étampe	Nom :		
	Adresse :		
	Ville :		
	Téléphone :	Télécopieur :	
<b>MOTIF DE TRANSFERT</b>			
<input type="radio"/> Déménagement <input type="radio"/> Libéré d'office <input type="radio"/> Désorganisation <input type="radio"/> Stabilisation			
<input type="checkbox"/> Enceinte , date des dernières menstruations : _____ / ____ / ____			
Intensité du suivi : un rendez-vous par _____			
Dose de confort atteinte ? <span style="float: right;"><input type="radio"/> Oui    <input type="radio"/> Non</span>			
Se présente à ses rendez tel que prévu : <span style="float: right;"><input type="radio"/> Oui    <input type="radio"/> Non</span>			
Mesures disciplinaires dans la dernière année : <span style="float: right;"><input type="radio"/> Oui    <input type="radio"/> Non</span>			
Antécédent de surdose dans la dernière année : <span style="float: right;"><input type="radio"/> Oui    <input type="radio"/> Non</span>			
<b>Recommandation du médecin : Transfert du patient vers :</b> <input type="radio"/> 1 <sup>ère</sup> ligne <input type="radio"/> Bas seuil <input type="radio"/> Centre spécialisé			
Précisez : _____			
Transfert vers : _____		le : _____ / ____ / ____	
<small>Ville, région, province ou pays</small>		<small>Date prévue de transfert</small>	
<b>PRESCRIPTION</b>			
<input type="checkbox"/> Méthadone <input type="checkbox"/> Buprénorphine <input type="checkbox"/> Morphine 24h <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Date d'entrée de traitement : _____ / ____ / ____			
<small>J                      M                      A</small>			
Date RX en cours : du _____ / ____ / ____ au _____ / ____ / ____ (inclusivement)			
<small>J                      M                      A</small>			
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	

Nom :

Prénom :

# Dossier :

**Buprénorphine injectable** \_\_\_\_\_ mg Date de la dernière administration \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
J M A

**APPROVISIONNEMENT PLUS SÉCURITAIRE**

Hydromorphe \_\_\_\_\_ 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**

Aucun  Inscrit au GAMF  Nom : \_\_\_\_\_

Signature du médecin :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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