



**TRAITEMENT DE SUBSTITUTION  
FORMULAIRE D'ADMISSION**

Numéro du/de la patient-e interne au canton  
(à remplir par l'office du médecin cantonal):



**DONNÉES ADMINISTRATIVES**

**PATIENT-E**

Sexe 1  homme 2  femme

Date de naissance 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (jour/mois/année)

Première nationalité \_\_\_\_\_

Deuxième nationalité \_\_\_\_\_

Lieu d'origine (CH) \_\_\_\_\_

**Etat civil**

- 1  célibataire  
2  marié-e  
3  séparé-e (juridiquement)  
4  divorcé-e  
5  veuf/veuve  
6  partenariat enregistré (PaCS)  
-1  pas connu

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ NPA/Localité \_\_\_\_\_

**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Institution \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ NPA/Localité \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

**TRAITEMENT**

E1. Début du traitement (date) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (jour/mois/année)

E2. S'agit-il du tout premier traitement de substitution dans la vie?  
1  Oui (→ passer à E2.4) 2  non (→ passer à E2.1) -1  pas connu

E2.1 Est-ce que le traitement actuel fait suite à un traitement de substitution commencé ailleurs?  
1  oui, sans interruption 2  non, la personne n'était plus sous substitution

E2.2 Date du début effectif du traitement de substitution poursuivi ici (indépendamment des changements de responsabilité) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (jour/mois/année)

E2.3 Âge au début du tout premier traitement de substitution 

--	--

 (années)

E2.4 Y a-t-il déjà eu un autre type de prise en charge professionnelle pour des problèmes de dépendance au cours de la vie?  
1  oui 2  non -1  pas connu

E3. Traitements ou prises en charge pour des problèmes d'addiction au cours des 12 derniers mois (plusieurs choix possibles)

- a  non, jamais e  oui, pour des problèmes liés au tabac  
b  oui, pour des problèmes liés à l'alcool f  oui, pour des comportements comparables à une dépendance  
c  oui, pour des problèmes liés aux drogues x  pas connu  
d  oui, pour des problèmes liés aux médicaments

E4. Produit de substitution (substance)

- 1  méthadone (p. ex. Méthadone Streuli®, Ketalgine®) 5  autre, préciser  
2  buprénorphine (p. ex. Temgesic®, Subutex®) Autre produit de substitution: \_\_\_\_\_  
3  morphine retard (p. ex. Kapanol®, Sevre-Long®, MST®)  
4  oxycodone (p. ex. Oxycontin®, Oxycodone Sandoz®)

E5. **Nom exact du produit:** \_\_\_\_\_

E6. **Forme galénique**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 solution orale | <input type="checkbox"/> 4 solution pour injection |
| <input type="checkbox"/> 2 comprimés      | <input type="checkbox"/> 5 autre, <i>préciser</i>  |
| <input type="checkbox"/> 3 capsules       | Autre forme galénique: _____                       |

E7. **Dose journalière (en mg/jour):** \_\_\_\_\_ mg/jour

E8. **Nombre de prises par jour:** \_\_\_\_\_ par jour

E9. **Nombre de remises du produit par semaine:** \_\_\_\_\_ par semaine

E10. **Lieu de remise du produit**

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 prescripteur (médecin ou institution) | <input type="checkbox"/> 4 prison |
| <input type="checkbox"/> 2 institution (autre que prescripteur)  | <input type="checkbox"/> 5 autre  |
| <input type="checkbox"/> 3 pharmacie                             |                                   |

E10.1 **Nom et adresse du lieu de remise**

Nom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

NPA/Localité \_\_\_\_\_

E10.2 **Remise par un tiers** (dans le cas où le produit n'est pas remis directement au/à la patient-e)

1 oui, *préciser* Nom et adresse du tiers:

2 non Nom complet \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

NPA/Localité \_\_\_\_\_

E11. **Objectif thérapeutique du traitement**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 sevrage à court terme | <input type="checkbox"/> 4 autre, <i>préciser</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 sevrage à long terme  | Autre objectif thérapeutique: _____               |
| <input type="checkbox"/> 3 maintenance           | _____   |

E12. **Médication supplémentaire (groupes thérapeutiques)** (plusieurs choix possibles)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a aucune   |   |
| <input type="checkbox"/> b benzodiazépines à demi-vie courte                |   |
| Nom exact du produit: _____   | Dose (en mg/jour): _____                            |
| <input type="checkbox"/> c benzodiazépines à demi-vie longue                |   |
| Nom exact du produit: _____   | Dose (en mg/jour): _____                            |
| <input type="checkbox"/> d autres tranquillisants/somnifères/sédatifs       |   |
| Nom exact du produit: _____   | Dose (en mg/jour): _____                            |
| <input type="checkbox"/> e analgésiques opioïdes                            |   |
| Nom exact du produit: _____   | Dose (en mg/jour): _____                            |
| <input type="checkbox"/> f psycho-stimulants (p. ex. Ritaline®, Modasomil®) |   |
| Nom exact du produit: _____   | Dose (en mg/jour): _____                            |
| <input type="checkbox"/> g neuroleptiques                                   | <input type="checkbox"/> i analgésiques non opiacés |
| <input type="checkbox"/> h antidépresseurs                                  | <input type="checkbox"/> m antabuse                 |
| <input type="checkbox"/> i antiépileptiques                                 | <input type="checkbox"/> n contraceptifs            |
| <input type="checkbox"/> j traitement VIH                                   | <input type="checkbox"/> o autre, <i>préciser</i>   |
| <input type="checkbox"/> k traitement des hépatites                         | Autre médication supplémentaire: _____              |

Remarques/Commentaires \_\_\_\_\_

**DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES****E13. Type de relation de couple (derniers 6 mois)**

- 1  sans partenaire, seul-e  
 2  relation(s) temporaire(s)  
 3  partenaire fixe en vivant séparé-e  
 4  partenaire fixe en ménage commun  
 -1  pas connu

**E14. Formation(s) achevée(s) avec obtention d'un certificat ou d'un diplôme (plusieurs choix possibles)**

- a  aucune ou école obligatoire inachevée  
 b  école obligatoire  
 c  formation de transition (préapprentissage, 10<sup>e</sup> année scolaire, ...)  
 d  formation générale sans maturité  
 e  formation professionnelle de base et apprentissage  
 f  maturité ou école normale  
 g  formation professionnelle supérieure  
 h  haute école spécialisée et université  
 i  doctorat ou habilitation  
 x  pas connu

**E15. Lieu de vie au cours des 30 derniers jours (avec qui?)**

- 1  seul-e en ménage  
 2  avec la famille d'origine (parents, etc.)  
 3  avec un-e partenaire et/ou avec enfant(s)  
 4  avec des amis ou d'autres personnes (sans relation de parenté)  
 5  en prison  
 6  institution thérapeutique/foyer  
 7  hôpital/clinique  
 8  autre  
 -1  pas connu  
 ✎ Autre lieu de vie: \_\_\_\_\_

**E16. Conditions d'habitation (derniers 30 jours)**

- 1  stable  
 2  instable (sdf)  
 3  en prison  
 4  institution/hôpital/clinique  
 -1  pas connu

**E17. Le/la patient-e est-il/elle sous tutelle ou sous curatelle?**

- 1  oui, sous tutelle  
 2  oui, sous curatelle  
 3  non  
 -1  pas connu

**E18. Statut professionnel (derniers 30 jours)**

- 1  plein temps (70% ou plus)  
 2  temps partiel (< 70%)  
 3  jobs occasionnels  
 4  en formation  
 5  sans travail, mais en quête d'emploi  
 6  sans travail/sans recherche d'emploi  
 7  rente (pension, AVS)  
 8  incapacité de travail (AI, indemnités journalières)  
 9  femme, homme au foyer  
 10  autre, préciser  
 -1  pas connu  
 ✎ Autre statut professionnel: \_\_\_\_\_

**E19. Principale source de revenu (derniers 30 jours)**

- 1  salaire  
 2  économies, épargne  
 3  rente (AVS/AI ou autres types de prévoyance)  
 4  aide sociale  
 5  assurance-chômage  
 6  soutien du/de la partenaire  
 7  soutien des parents/autres membres de la famille/ami(s)-e(s)  
 8  deal/petit trafic  
 9  autres revenus illégaux  
 10  prostitution  
 11  assurance d'indemnités journalières  
 12  autre  
 -1  pas connu  
 ✎ Autre source de revenu: \_\_\_\_\_

**E20. Propres enfants?**

- 1  Oui (→ passer à E20.1)  
 2  non (→ passer à E21)  
 -1  pas connu

**E20.1 Vit avec ses enfants?**

- 1  oui  
 2  non  
 -1  pas connu

**Remarques/Commentaires**

**ASPECTS EN LIEN AVEC LE PROBLÈME**

Remarque: pour les personnes en traitement de substitution, l'héroïne est considérée comme problème principal.

**E21. Fréquence de l'usage d'héroïne (derniers 30 jours)**

- 1  chaque jour                      3  2-3 jours par semaine                      5  aucune consommation (→ passer à E24)  
 2  4-6 jours par semaine                      4  max. 1 jour par semaine                      -1  pas connu

**E22. Mode d'administration principal de l'héroïne (derniers 30 jours)**

- 1  injection                      2  fumée/inhalation                      3  ingestion                      4  sniff                      -1  pas connu

**E23. Âge lors de la première consommation d'héroïne**                         (années)

**E24. Fréquence de l'usage d'autres opioïdes (derniers 30 jours)**

- 1  chaque jour                      4  max. 1 jour par semaine  
 2  4-6 jours par semaine                      5  aucune consommation (→ passer à E25)  
 3  2-3 jours par semaine                      -1  pas connu

**E24.1. Mode d'administration principal d'autres opioïdes (derniers 30 jours)**

- 1  injection                      2  fumée/inhalation                      3  ingestion                      4  sniff                      -1  pas connu

**E25. Âge lors de la première consommation d'autres opioïdes**                         (années)

**E26. Autres substances posant problème (usage problématique/fréquent) (derniers 30 jours) (plusieurs choix possibles)**

- a  aucune  
 b  alcool

**E26.1 Fréquence de la consommation d'alcool (derniers 30 jours)**

- 1  chaque jour                      3  2-3 jours par semaine                      5  aucune consommation  
 2  4-6 jours par semaine                      4  max. 1 jour par semaine                      -1  pas connu

**E26.2 Nombre de verres standards bus au cours d'une journée ordinaire**

- 1  1 ou 2                      3  5 ou 6                      5  10 ou plus  
 2  3 ou 4                      4  7 à 9                      -1  pas connu

**E26.3 Fréquence d'occasions au cours desquelles le/la patient-e boit 6 verres standards ou plus**

- 1  jamais                      3  chaque mois                      5  chaque jour ou presque  
 2  moins d'une fois par mois                      4  chaque semaine                      -1  pas connu

**E26.4 – 26.11**

**Fréquence de l'usage d'autres substances posant problème (derniers 30 jours)**

	chaque jour	4-6 jours par semaine	2-3 jours par semaine	max. 1 jour par semaine	aucune consommation	pas connu	Âge lors de la première consommation
c <input type="checkbox"/> cocaïne et dérivés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (âge)
d <input type="checkbox"/> autres stimulants	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (âge)
e <input type="checkbox"/> somnifères/tranquillisants	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (âge)
f <input type="checkbox"/> cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (âge)
g <input type="checkbox"/> autre, préciser							

Autre(s) substance(s) posant problème:

- x  pas connu

**E27. S'agit-il d'un trouble lié à l'usage de substances multiples selon la CIM-10? (l'héroïne ne constitue pas à elle seule le problème principal)**

- 1  OUI (→ passer à E27.1)                      2  NON (→ passer à E28)                      -1  pas connu

**E27.1 Par quelle combinaison de substances se caractérise le trouble lié à l'utilisation de drogues multiples? (plusieurs choix possibles)**

- a  alcool                      f  hallucinogènes (LSD, kétamine, etc.)  
 b  opioïdes (héroïne, méthadone, codéine, etc.)                      g  substances volatiles  
 c  cocaïne ou dérivés                      h  cannabis  
 d  autres stimulants (amphétamines, MDMA, méthamphétamines, etc.)                      i  tabac  
 e  somnifères/tranquillisants (benzodiazépines, etc.)                      j  autre(s)

Autre(s) substance(s):

- x  pas connu

**E28. Une substance illégale a-t-elle déjà été consommée par injection au cours de la vie? (toutes substances)**1  Oui (→ passer à E28.1)    2  jamais (→ passer à E29)    -1  pas connu**E28.1 Injection au cours des 12 derniers mois?**1  oui (→ passer à E28.2)    2  non, pas dans les 12 derniers mois (→ passer à E28.2.1)    -1  pas connu**E28.2 Injection au cours des 30 derniers jours?**1  oui (→ passer à E28.2.1)    2  non, dans les 12 derniers mois mais pas dans les derniers 30 jours (→ passer à E28.2.1)    -1  pas connu**E28.2.1 Âge lors de la première injection**      (années)**E28.3. Déjà injecté une substance illégale avec une seringue/aiguille partagée avec une autre personne?**1  Oui (→ passer à E28.4)    2  jamais (→ passer à E28.6)    -1  pas connu**E28.4 Partage de matériel d'injection au cours des 12 derniers mois?**1  oui (→ passer à E28.5)    2  non, pas dans les 12 derniers mois (→ passer à E28.6)    -1  pas connu**E28.5 Partage de matériel d'injection au cours des 30 derniers jours?**1  oui    2  non, dans les 12 derniers mois mais pas dans les derniers 30 jours    -1  pas connu**E28.6 Déjà réutilisé ses propres seringues?**1  jamais    2  quelquefois    3  souvent**Remarques/Commentaires** .....**SANTÉ****E29. Fréquence d'utilisation des préservatifs au cours des 6 derniers mois avec un-e ou plusieurs partenaire(s) stable(s)**1  toujours    3  jamais  
2  parfois    -2  pas de relation sexuelle avec un-e partenaire stable**E30. Fréquence d'utilisation des préservatifs au cours des 6 derniers mois avec un-e ou plusieurs partenaire(s) occasionnel(s)-le(s)**1  toujours    3  jamais  
2  parfois    -2  pas de relation sexuelle avec un-e partenaire occasionnel-le**E31. Déjà fait un test de dépistage du virus VIH au cours de la vie?**1  non, jamais (→ passer à E32)    3  oui, dernier test au cours des 12 derniers mois  
2  oui, dernier test il y a plus de 12 mois    -1  pas connu**E31.1 Si oui, statut VIH**1  test positif pour la première fois il y a plus de 12 mois    3  test VIH négatif  
2  test positif pour la première fois au cours des 12 derniers mois    -1  pas connu**E31.2 Si oui, traitement VIH**1  non, jamais    3  oui, actuellement en traitement  
2  non, plus pour l'instant    -1  pas connu**E32. Déjà fait un test de dépistage de l'hépatite C?**1  non, jamais (→ passer à E33)    3  oui, dernier test au cours des 12 derniers mois  
2  oui, dernier test il y a plus de 12 mois    -1  pas connu**E32.1 Si oui, statut hépatite C**1  test positif pour la première fois il y a plus de 12 mois    3  test hépatite C négatif  
2  test positif pour la première fois au cours des 12 derniers mois    -1  pas connu**E32.2 Si oui, traitement hépatite C**1  non, jamais    3  oui, actuellement en traitement  
2  non, plus pour l'instant    -1  pas connu

