



**TRAITEMENT DE SUBSTITUTION
FORMULAIRE DE PROLONGATION**

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

F1. Date du début de la prolongation

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

 (jour/mois/année)

F2. Produit de substitution (substance) dans le cadre de la prolongation

1 méthadone (p. ex. Méthadone Streuli[®], Ketalgine[®])

2 buprénorphine (p. ex. Temgesic[®], Subutex[®])

3 morphine retard (p. ex. Kapanol[®], Sevre-Long[®], MST[®])

4 oxycodone (p. ex. Oxycontin[®], Oxycodone Sandoz[®])

5 autre, préciser

Autre produit de substitution: _____

F3. Nom exact du produit: _____

F4. Forme galénique

1 solution orale

4 solution pour injection

2 comprimés

5 autre, préciser

3 capsules

Autre forme galénique: _____

F5. Dose journalière (en mg/jour) dans le cadre de la prolongation: _____ mg/jour

F6. Nombre de prises par jour dans le cadre de la prolongation: _____ par jour

F7. Nombre de remises du produit par semaine dans le cadre de la prolongation: _____ par semaine

F8. Lieu de remise du produit dans le cadre de la prolongation

- 1 prescripteur (médecin ou institution) 4 prison
2 institution (autre que prescripteur) 5 autre
3 pharmacie

F8.1 Nom et adresse du lieu de remise

Nom _____
Rue _____
NPA/Localité _____

F8.2 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 _____

F9. Médication supplémentaire (groupes thérapeutiques) dans le cadre de la prolongation (plusieurs choix possibles)

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

Remarques/Commentaires _____

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**F10. 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

F11. 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^e 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

F12. 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: _____

F13. Conditions d'habitation (derniers 30 jours)

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

F14. Statut professionnel (30 derniers 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: _____

F15. 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: _____

F16. Propres enfants?

- 1 oui
 2 non (→ passer à F17)
 -1 pas connu (→ passer à F17)

F16.1 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.

F17. Substances posant problème (usage problématique/fréquent) (derniers 30 jours) (plusieurs choix possibles)

- a aucune
b alcool

F17.1 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

F17.2 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

F17.3 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

F17.4 – 17.9**Fréquence de l'usage des 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
c <input type="checkbox"/> usage parallèle d'opioïdes illégaux	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>
d <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"/>
e <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"/>
f <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"/>
g <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"/>
h <input type="checkbox"/> autre(s), préciser						

 Autre(s) substance(s) posant problème:

- x pas connu

F17.10 Mode d'administration principal d'opioïdes illégaux (derniers 30 jours)

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

F18. Autres 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

F19. Une substance illégale a-t-elle déjà été consommée par injection au des 12 derniers mois? (toutes substances)

- 1 oui 2 non, pas dans les 12 derniers mois -1 pas connu

F19.1 Partage de matériel d'injection au cours des 12 derniers mois?

- 1 oui 2 non, pas dans les 12 derniers mois -1 pas connu

Remarques/Commentaires

