

Feuillet de transmission d'informations supplémentaires à transmettre selon besoins

<i>Destinataire :</i>	<i>Expéditeur :</i>
<i>À l'attention de :</i>	<i>Date :</i>
<i>Numéro de télécopie :</i>	<i>Nombre de pages :</i>
<i>Demande d'accusé de réception : oui non</i>	<i>Téléphone</i> <i>Téléphone d'urgence :</i>

Concerne : **instauration**, **modification**, **suppression du traitement par substitution de :**

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Etat civil :

Type d'addiction :

Fréquence des visites médicalesfois / mois

1. OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES

Sevrage Visée à l'abstinence Gestion de consommation Aide à la survie

2. DESCRIPTION DU TRAITEMENT

Début de la dispensation le : Arrêt de la dispensation le

Substance ou spécialité prescrite : Dose/jour (mg) :

Doses administrées à l'officine sous surveillance :fois / semaine

Si nécessaire indiquer les jours :

Doses remises à l'officine :fois / semaine

Si nécessaire indiquer les jours et le nombre de doses à remettre.....

Doses dispensées ou remises par un autre servicefois / semaine

Spécifier quel service:

Médication supplémentaire

1.....posologie : matin, midi, soir, coucher.

2.....posologie : matin, midi, soir, coucher.

3.....posologie : matin, midi, soir, coucher.

4.....posologie : matin, midi, soir, coucher.

Lieu et date :

Timbre et signature du médecin :

Feuillet de transmission d'informations supplémentaires à transmettre selon besoins

3. ELEMENTS MEDICAUX ET PSYCHOSOCIAUX CLES A CONNAÎTRE

Type d'addiction (substance(s)).....

Durée de l'addiction..... Traitements antécédents : Oui Non

Logement : seul proches ou partenaire enfants à charge communauté sans logement fixe

Emploi ou formation plein temps temps partiel temporaire sans emploi (y compris AI, aide sociale, chômage...)

Prise en charge psychosociale : Oui Non. Si oui, service référent :

Autres commentaires :

4. ANALYSE D'URINE OU SALIVAIRE

Demande d'analyses d'urine ou salivaires : à effectuer leou à la fréquence de

Résultats des analyses d'urine ou salivaires effectuées le..... : Positif Négatif

Commentaires :

5. PLAN D'ACTION EN CAS DE SITUATIONS PARTICULIÈRES, en particulier si le médecin* est inaccessible. (En cas de situation répétée, le pharmacien* s'assure que le patient* soit référé à son médecin ou à un centre spécialisé)

- « **Ne se présente plus à la consultation médicale** » :

- « **Ne s'est pas présenté à la pharmacie** » :

- « **Cas unique de dose perdue, volée, ou altérée** » :

- « **Cas unique de dose vomie** » :

- « **Demande de médication additionnelle ou supplémentaire** » :

- « **Situation d'urgence, de crise particulière** » :

Alternativement, indiquer un numéro de téléphone d'urgence :

Le médecin souhaite de plus être informé de:

6. ABSENCES ET VACANCES

Le patient sera absent ou en vacances, et ne pourra se rendre à la pharmacie pour la dispensation de son traitement, dès le.....et pour une durée de

Le traitement doit lui être remis sous la forme de : Comprimés Suppoux

Solution FH 1% Autres.....

Lieu et date :

Signature du médecin :

* **Remarque: pour des raisons de simplicité, ces termes s'entendent au masculin et féminin**