

**Rapport d'entrée**

**Identité du patient**    Nom: .....    **Sexe:**     masculin     féminin  
                                  Prénom: .....    Date de naissance:.....  
                                  Adresse: .....    NPA/Localité: ..... / .....

**Traitement chez:**    **Date début effectif du traitement (jj/mm/aaaa) :** ...../...../.....  
**Médecin traitant**    Nom: .....  
**Ou institution**    Prénom .....    Institution : .....  
                                  Adresse: .....  
                                  NPA/Localité: ..... / .....    Tél.: .....    Fax: .....  
                                  **Adresse mail :** .....

**A. DONNÉES TRAITEMENT**

**Produit de substitution:** .....  
**Dose totale envisagée par jour (mg):** ..... **Fréq.**..... fois par jour    **Remise du produit:** .....fois par semaine  
**Remise des produits de substitution par:**  
                                  Nom: .....    Tél: ..... /fax.....  
                                  Adresse: .....    NPA/Localité..... / .....  
 médecin/service médical     pharmacie     service psycho-social     autre: .....

**Objectifs thérapeutiques:**  
 sevrage à court terme     sevrage à long terme     maintenance     bas seuil  
**Commentaire** (possibilité de joindre une lettre d'accompagnement).....  
 .....

**Timbre et signature du médecin**  
                                  Lieu et date: .....    Signature: .....

**Confirmation et signature du patient**  
 Le soussigné donne son accord au traitement prévu, à la transmission de cette déclaration au médecin cantonal et à l'échange d'information, le cas échéant, entre les médecins traitants, actuel et précédents.  
                                  Lieu et date: .....    Signature: .....

**Autorisation du médecin cantonal (réservé au Médecin cantonal)**  
                                  Valable du .....au.....  
                                  Lieu et date: .....    Signature: .....

Nous rappelons que nous avons besoin d'un rapport de votre part:

- quand vous êtes amené à nous demander une prolongation d'autorisation (un formulaire ad hoc vous parviendra)
- au terme de toute prise en charge (un formulaire de fin de traitement doit être rempli)

Par ailleurs, nous vous recommandons vivement de participer aux séances de formation continue et d'échanges organisées périodiquement. Renseignements auprès de:  
**AVMCT** (Association vaudoise des médecins concernés par la toxicomanie) - Secrétariat c/o Dr Forel, fax 021 802 35 17 ou mail avmct@worldcom.ch  
 Les centres de référence sont :

- Aigle et région : Azimut, rue du Molage 8, 1860 Aigle, tél. 024/468 55 00
- Lausanne et région : Centre Saint-Martin, rue St.-Martin 7, 1003 Lausanne, tél. 021/ 314 84 00
- Montreux et région : Unité ambulatoire spécialisée UAS, av. des Alpes 66, 1820 Montreux, tél. 021/ 965 44 65
- Morges et région : Entrée de Secours, av. de Plan 14, 1110 Morges, tél. 021/ 803 67 47
- Yverdon et région : Unité de traitement des addictions UTAd, Ruelle Vautier 5 (2<sup>ème</sup> étage), 1401 Yverdon-les-Bains, tél. 021 314 78 20

**Médication complémentaire**     oui         non        si oui :

**Rappel : Les benzodiazépines et substances analogues, les stimulants, les analgésiques opiacés prescrits dans le cadre d'un traitement de substitution sont soumis à autorisation (LStup Art.2,2b,3<sup>e</sup>)**

<input type="checkbox"/> <b>Benzodiazépines à courte demi-vie, si oui préciser la substance et la dose totale/jour :</b>								
<input type="checkbox"/>	Dormicum® Midazolam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Xanax® Alprazolam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Rohypnol® Flunitrazépam	.....mg/j
<input type="checkbox"/> <b>Benzodiazépines à longue demi-vie, si oui préciser la substance et la dose totale/jour :</b>								
<input type="checkbox"/>	Dalmadorm® Flurazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Demetrin® Prazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Lexotanil® Bromazépam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Loramet® Lorazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Mogadon® Nitrazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Noctamid® Lorazépam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Normison® Témazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Rivotril® Clonazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Seresta® Oxazépam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Somnium® Lorazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Temesta® Lorazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Tranxilium® Clorazépam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Urbanyl® Clobazam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Valium® Diazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Xanax® Ret Alprazolam	.....mg/j
<input type="checkbox"/>	Autre.....		.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....		.....mg/j	
<input type="checkbox"/> <b>Autres tranquillisants/somnifères/sédatifs, si oui préciser la substance et la dose totale/jour :</b>								
<input type="checkbox"/>	Imovane® Zopiclone	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Stilnox® Zolpidem	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre .....	.....mg/j
<input type="checkbox"/> <b>Stimulants</b>								
<input type="checkbox"/>	Concerta®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Focalin®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	Autre.....		.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....		.....mg/j	
<input type="checkbox"/> <b>Analgésiques opiacés</b>								
<input type="checkbox"/>	MST®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	.....mg/j

<input type="checkbox"/> <b>Neuroleptiques</b>	<input type="checkbox"/> <b>Traitement VIH</b>
<input type="checkbox"/> <b>Antidépresseurs</b>	<input type="checkbox"/> <b>Traitement des hépatites</b>
<input type="checkbox"/> <b>Antiépileptiques</b>	<input type="checkbox"/> <b>Analgésique non opiacé</b>
<input type="checkbox"/> <b>Antabus®</b>	<input type="checkbox"/> <b>Contraceptif</b>
<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>	

**Traitements antérieurs** (sevrages/thérapies/substitutions antérieures) :     oui     non     inconnu

**Si oui : date et type du dernier traitement de la toxicodépendance** (quel qu'il soit) :

du : ...../...../.....    au : ...../...../.....    Type :     résidentiel     ambulatoire

**Chez médecin / institution (préciser)** .....

Avez-vous pris contact avec le médecin précédent ? :     oui     non     je suivais le patient lors de ce traitement

Numéro ID patient : (à remplir par SSP).....Date questionnaire.....

## B. DONNÉES CONSOMMATION ET PRISES DE RISQUES

### 1. Consommation actuelle (30 derniers jours)

Produit	Fréquence de consommation					Mode de consommation principal				Age 1 <sup>ère</sup> consommation
	Inconnu	Non	1 ou moins par semaine	2-6 par semaine	Quotidienne	Injection	Sniff	Fumé ou oral	Inconnu	
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benzo. illégales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Méthadone illég.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amphétamines / Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Autre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 2. Le patient s'est-il injecté des drogues au cours de la vie ?

oui  non  inconnu

### 3. Age à la première injection .....ans inconnu

### 4. Le patient s'est-il injecté des drogues au cours des 6 derniers mois ?

oui  non  inconnu

### 5. Partage du matériel d'injection

**Est-ce que le patient s'est injecté une drogue illégale avec une seringue/aiguille déjà utilisé par un autre au cours de sa vie**

oui  non  inconnu

**Est-ce que le patient s'est injecté une drogue illégale avec une seringue/aiguille déjà utilisé par un autre au cours des 30 derniers jours**

oui  non  inconnu

**Réutilisation de ses propres seringues :**  jamais  quelquefois  souvent

### 6. Le patient a-t-il utilisé des préservatifs au cours des 6 derniers mois lors de relations sexuelles avec :

- un(e) ou plusieurs partenaire(s) stable(s) ? :

toujours  parfois  jamais  pas de relation sexuelle avec un(e) partenaire stable

- un(e) ou plusieurs partenaire(s) occasionnel(le-s) ? :

toujours  parfois  jamais  pas de relation sexuelle avec un(e) partenaire occasionnelle

### C. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

#### 2. Etat civil (une seule réponse possible)

- célibataire                       veuf/veuve  
 marié-e                             partenariat enregistré (PaCS)  
 séparé-e (juridiquement)  inconnu  
 divorcé-e

#### 3. Nationalité

- suisse  
 autre .....  
 inconnu

#### 4. Sources de revenu durant le mois passé (30 derniers jours) (plusieurs réponses possibles)

- salaire  
 économies, épargne  
 rente (AVS/AI ou autres)  
 aide sociale  
 assurance-chômage  
 soutien du partenaire  
 soutien des parents/proches/ami-e-s  
 deal, combines  
 autres revenus illégaux  
 prostitution  
 autres  
 inconnu

#### 5. Formation (s) achevée(s) (plusieurs réponses possibles)

- sans formation  
 scolarité obligatoire  
 apprentissage ou école professionnelle à plein temps  
 maturité, école de degré diplôme  
 formation supérieure non universitaire  
 université, hautes écoles  
 inconnu

#### 6. Situation de domicile prédominante (30 derniers jours) (Une seule réponse possible)

- domicile fixe  
 sans domicile fixe  
 institution (y.c. prison)  
 inconnu

#### 7. Nombre d'enfants vivant dans le ménage

- aucun  
 inconnu

Nombre d'enfants .....

#### 8. Le patient est-il sous tutelle/curatelle ?

- oui  
 non  
 inconnu

### D. SANTÉ

#### VIH

##### 9. Test de dépistage du VIH

- oui  
 non  
 inconnu

Si oui : Année du dernier test .....

Résultat :  positif             négatif             inconnu

#### Hépatite A

##### 10. Test de dépistage de l'hépatite A

- oui  
 non  
 inconnu

Si oui : Année du dernier test .....

Résultat :  positif             négatif             inconnu

##### 11. Vaccination contre l'hépatite A

- oui complète  
 oui mais incomplète ou nombre de doses inconnu  
 non  
 inconnu

#### Hépatite B

##### 12. Test de dépistage de l'hépatite B

- oui  
 non  
 inconnu

Si oui : Année du dernier test .....

Résultat  positif             négatif             inconnu

##### 13. Vaccination contre l'hépatite B

- oui complète  
 oui mais incomplète ou nombre de doses inconnu  
 non  
 inconnu

#### Hépatite C

##### 14. Test de dépistage de l'hépatite C

- oui  
 non  
 inconnu

Si oui : Année du dernier test .....

Résultat :  positif             négatif             inconnu

HCV chronique :  oui     non             inconnu

Si HCV chronique, TRAITEMENT HCV :

oui, terminé    année .....

oui, en cours                       non             inconnu

Remarques : .....

.....

.....