



Service de la santé publique

Bâtiment administratif de la Pontaise
Av. des Casernes 2
1014 Lausanne

Tél. : 021/ 316 42 60
Fax : 021/ 316 42 72

**Formulaire d'autorisation pour
Traitement de substitution**

(version 6.02.2015)

Annonce de fin de traitement

Identité du patient Nom: **Sexe:** 1 masculin 2 féminin
Prénom: Date de naissance:
Adresse: NPA/Localité: /

Traitement chez :
Médecin traitant Nom:
ou Institution Prénom: Institution:
Adresse:
NPA/Localité: / Tél.: Fax:
Adresse mail :

Produit de substitution:

Dose totale par jour (mg):

Fin de traitement dernière dose remise le (jj/mm/aaa)/...../.....

Situation du patient	Abstinence	Réinsertion professionnelle
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="checkbox"/> ne sait pas

Fin du traitement : Traitement terminé, fin du suivi d'un commun accord
 Décision du médecin/de l'institution suite à des problèmes avec le patient
 Abandon du traitement par le patient (rechute, drop out)
 Déménagement du patient * ***compléter ce qui convient**
 Emprisonnement du patient* Nom et adresse (patient, nouveau médecin, prison)
 Décès du patient
 Changement de médecin
 Autre..... NPA/Localité..... /

Remarques/Commentaires.....
.....
.....

Timbre et signature du médecin

Lieu et date: Signature:

Signature du médecin cantonal (réservé au Médecin cantonal)

Visé le : Signature