

No de dossier **Etat au**

Identité du patient*

*Faire les corrections si nécessaire

Nom: Date de naissance:.....

Prénom:

Adresse: NPA/Localité: /

Médecin traitant

Ou Institution*

* Faire les corrections si nécessaire

Nom:

Prénom: Institution: []

Adresse:

NPA/Localité: / Tél.: Fax:.....

Adresse mail :

Médicament de Substitution

Produit de substitution.....

Dose (mg)..... Fréq..... par jour Remise du produit.....fois par semaine

Modalités de Remise du Produit

Remise des traitements par :

médecin/service médical pharmacie service psycho-social autre:

Adresse du lieu de remise :

Nom:

Adresse: NPA/Localité.....

Commentaire

Possibilité de joindre une lettre d'accompagnement

.....
.....

Signature du médecin

Lieu et date:

Signature:

Autorisation (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 cure 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^{ème} étage), 1401 Yverdon-les-Bains, tél. 021 314 78 20

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

Médication supplémentaire : 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 et 3^e)

<input type="checkbox"/> Benzodiazépines à courte demi-vie, si oui préciser la substance et la dose totale/ jour:									
<input type="checkbox"/>	Dormicum® Midazolam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Xanax® Alprazolam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Rohypnol® Flunitrazépam	.....mg/j	
<input type="checkbox"/> Benzodiazépines à longue demi-vie									
<input type="checkbox"/>	Dalmadorm® Flurazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Demetrin® Prazépam	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Lexotaniol® 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"/> Autres tranquillisants/somnifères/sédatifs, si oui									
<input type="checkbox"/>	Imovane® Zopiclone	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Stilnox® Zolpidem	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....		.....mg/j
<input type="checkbox"/> Stimulants									
<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"/> Analgésiques opiacés									
<input type="checkbox"/>	MST®	.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....		.....mg/j	<input type="checkbox"/>	Autre.....	
<input type="checkbox"/>	Neuroleptiques				<input type="checkbox"/>	Traitement VIH			
<input type="checkbox"/>	Antidépresseurs				<input type="checkbox"/>	Traitement des hépatites			
<input type="checkbox"/>	Antiépileptiques				<input type="checkbox"/>	Analgésique non opiacé			
<input type="checkbox"/>	Antabus®				<input type="checkbox"/>	Contraceptif			
<input type="checkbox"/>	Autre								

B. DONNÉES CONSOMMATION ET PRISES DE RISQUES

1. Consommation actuelle (30 derniers jours)

Produit	Fréquence de consommation					Mode de consommation principal			
	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 illégale	<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"/>	

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

oui non inconnu

Si oui :

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

3. 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 SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

2. Etat civil (une seule réponse possible)

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

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

Remarques :

.....

.....

.....

.....

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