



Nom:  
Mère: DNA:  
Père: Sexe:  
RAMQ: Exp: Âge:  
Adresse:

Médecin de famille

## Formulaire régional de référence - Traitement du trouble de l'usage des opioïdes (TUO)

<b>Traitement par agoniste opioïde (TAO)</b>	Traitement par une médication agoniste opioïde qui vise à diminuer les symptômes de sevrage et la consommation d'opioïdes chez les patients souffrant d'un trouble de l'usage de ces substances. Les principales molécules utilisées sont la <b>buprénorphine-naloxone (Suboxone®)</b> et la <b>méthadone</b> . Anciennement « traitement de substitution ».
<b>Services en TAO</b>	Des services de TAO sont offerts à Rouyn-Noranda et Val-d'Or. Des médecins et des infirmières effectuent l'évaluation et le suivi des personnes souffrant d'un trouble de l'usage des opioïdes et prescrivent le TAO. Une fois la dose de médication stabilisée, la prescription est transférée au médecin de famille. Pour plus d'informations concernant les services en TAO, consulter le site Internet <a href="http://ciyss-at.gouv.qc.ca/opioides">ciyss-at.gouv.qc.ca/opioides</a>
<input type="checkbox"/> <b>Référence initiale</b>	Le patient n'est pas actuellement sous TAO. Passer à la <b>section A</b> .
<input type="checkbox"/> <b>Suivi</b>	Le patient est déjà sous TAO, mais présente des signes d'instabilité (persistance de consommation, effets secondaires importants, observance difficile) ou n'a pas de médecin de famille. Passer à la <b>section B</b> .

### SECTION A. Prérequis

1. Le patient est-il au courant de la démarche et ouvert à initier un TAO ?	<input type="checkbox"/> <b>NON</b>	Le patient n'est pas candidat à un TAO.
	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	Passer à 2.
2. Le patient consomme-t-il des opioïdes ?	<input type="checkbox"/> <b>NON</b>	Le patient n'est pas candidat à un TAO. Considérer une référence au Centre de réadaptation en dépendances de l'Abitibi-Témiscamingue (anciennement Centre Normand) pour la prise en charge des autres dépendances en utilisant le <b>formulaire AH-248</b> .
	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	Passer à 3.
3. Le patient consomme-t-il des opioïdes prescrits pour la douleur provenant du marché noir ?	<input type="checkbox"/> <b>PRESCRITS</b>	Passer à 3.1.
	<input type="checkbox"/> <b>MARCHÉ NOIR</b>	Le patient est candidat à un TAO. Passer à la <b>section B</b> .

**3.1. Le patient présente-t-il des signes de mésusage des opioïdes prescrits ?**

<input type="checkbox"/> Modification de la voie d'administration	<input type="checkbox"/> Forte opposition à une diminution des doses ou à un changement d'opioïde
<input type="checkbox"/> Multiples sources d'approvisionnement	<input type="checkbox"/> Préférence marquée pour les formulations courte action
<input type="checkbox"/> Augmentation non autorisée des doses	<input type="checkbox"/> Autres dépendances concomitantes
<input type="checkbox"/> Non-respect du schéma posologique	<input type="checkbox"/> Détérioration du fonctionnement
<input type="checkbox"/> Perte d'ordonnance, renouvellements précoces	<input type="checkbox"/> Inquiétudes de l'entourage
<input type="checkbox"/> Échecs ou refus de tenter analgésiques non opioïdes	

**NON** Le patient n'est pas candidat à un TAO.  
 Pour des outils concernant la prescription appropriée des opioïdes en douleur chronique, consulter le site Internet [ciss-at.gouv.qc.ca/opioïdes](http://ciss-at.gouv.qc.ca/opioïdes).  
 Préciser : \_\_\_\_\_  
 Passer à **3.2**.

**OUI**

**3.2 Des stratégies d'encadrement de la prescription d'opioïdes ont-elles été tentées ?**

<input type="checkbox"/> Établissement d'un contrat thérapeutique, incluant une conduite claire en cas de perte de la prescription	<input type="checkbox"/> Rotation d'opioïdes
<input type="checkbox"/> Changement à une formulation d'opioïde longue action	<input type="checkbox"/> Prescription à la semaine ou moins
	<input type="checkbox"/> Sevrage graduel des opioïdes en collaboration avec le patient

**NON** Des stratégies de contrôle de la prescription doivent être tentées avant d'initier une référence à la clinique TAO.  
 Pour des outils concernant l'instauration de stratégies d'encadrement de la prescription d'opioïdes, consulter le site Internet [ciss-at.gouv.qc.ca/opioïdes](http://ciss-at.gouv.qc.ca/opioïdes)  
 Je souhaite recevoir un appel du médecin de la clinique TAO pour de l'assistance dans l'instauration de stratégies d'encadrement de la prescription.  
 Disponibilités : \_\_\_\_\_

**OUI** Préciser : \_\_\_\_\_  
 Le patient est candidat à un TAO. Passer à la **section B**.

<b>SECTION B. Informations sur le patient</b>		
Moyens de communication	<input type="checkbox"/> Téléphone : _____ <input type="checkbox"/> Courriel : _____	<input type="checkbox"/> Message vocal autorisé <input type="checkbox"/> Message texte
Médecin de famille	Nom, prénom : _____ Lieu de pratique : _____ <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	
Renseignements cliniques	(Opioides et autres substances consommées, voie d'administration, antécédents de TAO, etc.) _____	
Y a-t-il une indication urgente de débuter un TAO ?	<input type="checkbox"/> <b>Patient hospitalisé</b> : contacter l'infirmière pivot au 1 833-825-0462 <input type="checkbox"/> Endocardite <input type="checkbox"/> Infection au VIH / Hépatites <input type="checkbox"/> Usage de drogues IV / par inhalation	<input type="checkbox"/> Surdose d'opioïdes <input type="checkbox"/> Maladie psychiatrique instable <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Parent de jeunes enfants
Faire parvenir ce formulaire <b>par télécopieur au 819 825-0138</b> . Le patient sera contacté par l'infirmière pivot afin de planifier un rendez-vous d'évaluation par téléphone ou en personne. Pour toute question, <b>contacter l'infirmière pivot au 1 833 825-0462</b> du lundi au vendredi de 8 h à 16 h.		
Médecin référent : _____	CMQ : _____	
Signature :	Date : 20____ / ____ / ____	

*L'usage du masculin dans le texte vise à alléger la lecture*