



**TRAITEMENT DE SUBSTITUTION
FORMULAIRE D'ADMISSION**

Numéro du/de la patient-e interne au canton
(à remplir par l'office du médecin cantonal):



DONNÉES ADMINISTRATIVES

PATIENT-E

Sexe 1 homme 2 femme

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (jour/mois/année)

Première nationalité _____

Deuxième nationalité _____

Lieu d'origine (CH) _____

Etat civil

- 1 célibataire
2 marié-e
3 séparé-e (juridiquement)
4 divorcé-e
5 veuf/veuve
6 partenariat enregistré (PaCS)
-1 pas connu

Nom _____ Prénom _____

Rue _____ NPA/Localité _____

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Institution _____

Nom _____ Prénom _____

Rue _____ NPA/Localité _____

Tél. _____ Mobile _____

Fax _____ Courriel _____

TRAITEMENT

E1. Début du traitement (date)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (jour/mois/année)

E2. S'agit-il du tout premier traitement de substitution dans la vie?
1 Oui (→ passer à E2.4) 2 non (→ passer à E2.1) -1 pas connu

E2.1 Est-ce que le traitement actuel fait suite à un traitement de substitution commencé ailleurs?
1 oui, sans interruption 2 non, la personne n'était plus sous substitution

E2.2 Date du début effectif du traitement de substitution poursuivi ici (indépendamment des changements de responsabilité)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (jour/mois/année)

E2.3 Âge au début du tout premier traitement de substitution

--	--

 (années)

E2.4 Y a-t-il déjà eu un autre type de prise en charge professionnelle pour des problèmes de dépendance au cours de la vie?
1 oui 2 non -1 pas connu

E3. Traitements ou prises en charge pour des problèmes d'addiction au cours des 12 derniers mois
(plusieurs choix possibles)

- a non, jamais e oui, pour des problèmes liés au tabac
b oui, pour des problèmes liés à l'alcool f oui, pour des comportements comparables à une dépendance
c oui, pour des problèmes liés aux drogues x pas connu
d oui, pour des problèmes liés aux médicaments

E4. Produit de substitution (substance)

- 1 méthadone (p. ex. Méthadone Streuli®, Ketalgine®) 5 autre, préciser
2 buprénorphine (p. ex. Temgesic®, Subutex®) Autre produit de substitution: _____
3 morphine retard (p. ex. Kapanol®, Sevre-Long®, MST®)
4 oxycodone (p. ex. Oxycontin®, Oxycodone Sandoz®)

E5. **Nom exact du produit:** _____

E6. **Forme galénique**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 solution orale | <input type="checkbox"/> 4 solution pour injection |
| <input type="checkbox"/> 2 comprimés | <input type="checkbox"/> 5 autre, <i>préciser</i> |
| <input type="checkbox"/> 3 capsules | Autre forme galénique: _____ |

E7. **Dose journalière (en mg/jour):** _____ mg/jour

E8. **Nombre de prises par jour:** _____ par jour

E9. **Nombre de remises du produit par semaine:** _____ par semaine

E10. **Lieu de remise du produit**

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 prescripteur (médecin ou institution) | <input type="checkbox"/> 4 prison |
| <input type="checkbox"/> 2 institution (autre que prescripteur) | <input type="checkbox"/> 5 autre |
| <input type="checkbox"/> 3 pharmacie | |

E10.1 **Nom et adresse du lieu de remise**

Nom _____

Rue _____

NPA/Localité _____

E10.2 **Remise par un tiers** (dans le cas où le produit n'est pas remis directement au/à la patient-e)

1 oui, *préciser* Nom et adresse du tiers:

2 non Nom complet _____

Rue _____

NPA/Localité _____

E11. **Objectif thérapeutique du traitement**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 sevrage à court terme | <input type="checkbox"/> 4 autre, <i>préciser</i> |
| <input type="checkbox"/> 2 sevrage à long terme | Autre objectif thérapeutique: _____ |
| <input type="checkbox"/> 3 maintenance | _____ |

E12. **Médication supplémentaire (groupes thérapeutiques)** (plusieurs choix possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a aucune | |
| <input type="checkbox"/> b benzodiazépines à demi-vie courte | |
| Nom exact du produit: _____ | Dose (en mg/jour): _____ |
| <input type="checkbox"/> c benzodiazépines à demi-vie longue | |
| Nom exact du produit: _____ | Dose (en mg/jour): _____ |
| <input type="checkbox"/> d autres tranquillisants/somnifères/sédatifs | |
| Nom exact du produit: _____ | Dose (en mg/jour): _____ |
| <input type="checkbox"/> e analgésiques opioïdes | |
| Nom exact du produit: _____ | Dose (en mg/jour): _____ |
| <input type="checkbox"/> f psycho-stimulants (p. ex. Ritaline®, Modasomil®) | |
| Nom exact du produit: _____ | Dose (en mg/jour): _____ |
| <input type="checkbox"/> g neuroleptiques | <input type="checkbox"/> i analgésiques non opiacés |
| <input type="checkbox"/> h antidépresseurs | <input type="checkbox"/> m antabuse |
| <input type="checkbox"/> i antiépileptiques | <input type="checkbox"/> n contraceptifs |
| <input type="checkbox"/> j traitement VIH | <input type="checkbox"/> o autre, <i>préciser</i> |
| <input type="checkbox"/> k traitement des hépatites | Autre médication supplémentaire: _____ |

Remarques/Commentaires _____

DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**E13. Type de relation de couple (derniers 6 mois)**

- 1 sans partenaire, seul-e
 2 relation(s) temporaire(s)
 3 partenaire fixe en vivant séparé-e
 4 partenaire fixe en ménage commun
 -1 pas connu

E14. Formation(s) achevée(s) avec obtention d'un certificat ou d'un diplôme (plusieurs choix possibles)

- a aucune ou école obligatoire inachevée
 b école obligatoire
 c formation de transition (préapprentissage, 10^e année scolaire, ...)
 d formation générale sans maturité
 e formation professionnelle de base et apprentissage
 f maturité ou école normale
 g formation professionnelle supérieure
 h haute école spécialisée et université
 i doctorat ou habilitation
 x pas connu

E15. Lieu de vie au cours des 30 derniers jours (avec qui?)

- 1 seul-e en ménage
 2 avec la famille d'origine (parents, etc.)
 3 avec un-e partenaire et/ou avec enfant(s)
 4 avec des amis ou d'autres personnes (sans relation de parenté)
 5 en prison
 6 institution thérapeutique/foyer
 7 hôpital/clinique
 8 autre
 -1 pas connu
 ✎ Autre lieu de vie: _____

E16. Conditions d'habitation (derniers 30 jours)

- 1 stable
 2 instable (sdf)
 3 en prison
 4 institution/hôpital/clinique
 -1 pas connu

E17. Le/la patient-e est-il/elle sous tutelle ou sous curatelle?

- 1 oui, sous tutelle
 2 oui, sous curatelle
 3 non
 -1 pas connu

E18. Statut professionnel (derniers 30 jours)

- 1 plein temps (70% ou plus)
 2 temps partiel (< 70%)
 3 jobs occasionnels
 4 en formation
 5 sans travail, mais en quête d'emploi
 6 sans travail/sans recherche d'emploi
 7 rente (pension, AVS)
 8 incapacité de travail (AI, indemnités journalières)
 9 femme, homme au foyer
 10 autre, préciser
 -1 pas connu
 ✎ Autre statut professionnel: _____

E19. Principale source de revenu (derniers 30 jours)

- 1 salaire
 2 économies, épargne
 3 rente (AVS/AI ou autres types de prévoyance)
 4 aide sociale
 5 assurance-chômage
 6 soutien du/de la partenaire
 7 soutien des parents/autres membres de la famille/ami(s)-e(s)
 8 deal/petit trafic
 9 autres revenus illégaux
 10 prostitution
 11 assurance d'indemnités journalières
 12 autre
 -1 pas connu
 ✎ Autre source de revenu: _____

E20. Propres enfants?

- 1 Oui (→ passer à E20.1)
 2 non (→ passer à E21)
 -1 pas connu

E20.1 Vit avec ses enfants?

- 1 oui
 2 non
 -1 pas connu

Remarques/Commentaires

ASPECTS EN LIEN AVEC LE PROBLÈME

Remarque: pour les personnes en traitement de substitution, l'héroïne est considérée comme problème principal.

E21. Fréquence de l'usage d'héroïne (derniers 30 jours)

- 1 chaque jour 3 2-3 jours par semaine 5 aucune consommation (→ passer à E24)
 2 4-6 jours par semaine 4 max. 1 jour par semaine -1 pas connu

E22. Mode d'administration principal de l'héroïne (derniers 30 jours)

- 1 injection 2 fumée/inhalation 3 ingestion 4 sniff -1 pas connu

E23. Âge lors de la première consommation d'héroïne (années)

E24. Fréquence de l'usage d'autres opioïdes (derniers 30 jours)

- 1 chaque jour 4 max. 1 jour par semaine
 2 4-6 jours par semaine 5 aucune consommation (→ passer à E25)
 3 2-3 jours par semaine -1 pas connu

E24.1. Mode d'administration principal d'autres opioïdes (derniers 30 jours)

- 1 injection 2 fumée/inhalation 3 ingestion 4 sniff -1 pas connu

E25. Âge lors de la première consommation d'autres opioïdes (années)

E26. Autres substances posant problème (usage problématique/fréquent) (derniers 30 jours) (plusieurs choix possibles)

- a aucune
 b alcool

E26.1 Fréquence de la consommation d'alcool (derniers 30 jours)

- 1 chaque jour 3 2-3 jours par semaine 5 aucune consommation
 2 4-6 jours par semaine 4 max. 1 jour par semaine -1 pas connu

E26.2 Nombre de verres standards bus au cours d'une journée ordinaire

- 1 1 ou 2 3 5 ou 6 5 10 ou plus
 2 3 ou 4 4 7 à 9 -1 pas connu

E26.3 Fréquence d'occasions au cours desquelles le/la patient-e boit 6 verres standards ou plus

- 1 jamais 3 chaque mois 5 chaque jour ou presque
 2 moins d'une fois par mois 4 chaque semaine -1 pas connu

E26.4 – 26.11

Fréquence de l'usage d'autres substances posant problème (derniers 30 jours)

	chaque jour	4-6 jours par semaine	2-3 jours par semaine	max. 1 jour par semaine	aucune consommation	pas connu	Âge lors de la première consommation
c <input type="checkbox"/> cocaïne et dérivés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (âge)
d <input type="checkbox"/> autres stimulants	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (âge)
e <input type="checkbox"/> somnifères/tranquillisants	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (âge)
f <input type="checkbox"/> cannabis	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (âge)
g <input type="checkbox"/> autre, préciser							

Autre(s) substance(s) posant problème:

- x pas connu

E27. S'agit-il d'un trouble lié à l'usage de substances multiples selon la CIM-10? (l'héroïne ne constitue pas à elle seule le problème principal)

- 1 OUI (→ passer à E27.1) 2 NON (→ passer à E28) -1 pas connu

E27.1 Par quelle combinaison de substances se caractérise le trouble lié à l'utilisation de drogues multiples? (plusieurs choix possibles)

- a alcool f hallucinogènes (LSD, kétamine, etc.)
 b opioïdes (héroïne, méthadone, codéine, etc.) g substances volatiles
 c cocaïne ou dérivés h cannabis
 d autres stimulants (amphétamines, MDMA, méthamphétamines, etc.) i tabac
 e somnifères/tranquillisants (benzodiazépines, etc.) j autre(s)

Autre(s) substance(s):

- x pas connu

E28. Une substance illégale a-t-elle déjà été consommée par injection au cours de la vie? (toutes substances)1 Oui (→ passer à E28.1) 2 jamais (→ passer à E29) -1 pas connu**E28.1 Injection au cours des 12 derniers mois?**1 oui (→ passer à E28.2) 2 non, pas dans les 12 derniers mois (→ passer à E28.2.1) -1 pas connu**E28.2 Injection au cours des 30 derniers jours?**1 oui (→ passer à E28.2.1) 2 non, dans les 12 derniers mois mais pas dans les derniers 30 jours (→ passer à E28.2.1) -1 pas connu**E28.2.1 Âge lors de la première injection** (années)**E28.3. Déjà injecté une substance illégale avec une seringue/aiguille partagée avec une autre personne?**1 Oui (→ passer à E28.4) 2 jamais (→ passer à E28.6) -1 pas connu**E28.4 Partage de matériel d'injection au cours des 12 derniers mois?**1 oui (→ passer à E28.5) 2 non, pas dans les 12 derniers mois (→ passer à E28.6) -1 pas connu**E28.5 Partage de matériel d'injection au cours des 30 derniers jours?**1 oui 2 non, dans les 12 derniers mois mais pas dans les derniers 30 jours -1 pas connu**E28.6 Déjà réutilisé ses propres seringues?**1 jamais 2 quelquefois 3 souvent**Remarques/Commentaires****SANTÉ****E29. Fréquence d'utilisation des préservatifs au cours des 6 derniers mois avec un-e ou plusieurs partenaire(s) stable(s)**1 toujours 3 jamais
2 parfois -2 pas de relation sexuelle avec un-e partenaire stable**E30. Fréquence d'utilisation des préservatifs au cours des 6 derniers mois avec un-e ou plusieurs partenaire(s) occasionnel(s)-le(s)**1 toujours 3 jamais
2 parfois -2 pas de relation sexuelle avec un-e partenaire occasionnel-le**E31. Déjà fait un test de dépistage du virus VIH au cours de la vie?**1 non, jamais (→ passer à E32) 3 oui, dernier test au cours des 12 derniers mois
2 oui, dernier test il y a plus de 12 mois -1 pas connu**E31.1 Si oui, statut VIH**1 test positif pour la première fois il y a plus de 12 mois 3 test VIH négatif
2 test positif pour la première fois au cours des 12 derniers mois -1 pas connu**E31.2 Si oui, traitement VIH**1 non, jamais 3 oui, actuellement en traitement
2 non, plus pour l'instant -1 pas connu**E32. Déjà fait un test de dépistage de l'hépatite C?**1 non, jamais (→ passer à E33) 3 oui, dernier test au cours des 12 derniers mois
2 oui, dernier test il y a plus de 12 mois -1 pas connu**E32.1 Si oui, statut hépatite C**1 test positif pour la première fois il y a plus de 12 mois 3 test hépatite C négatif
2 test positif pour la première fois au cours des 12 derniers mois -1 pas connu**E32.2 Si oui, traitement hépatite C**1 non, jamais 3 oui, actuellement en traitement
2 non, plus pour l'instant -1 pas connu

