



**TRAITEMENT DE SUBSTITUTION  
FORMULAIRE DE FIN DE TRAITEMENT**

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**

S1. Date de la fin du traitement (dernière dose remise) 

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

 (jour/mois/année)

**S2. Type de fin de traitement**

- 1  fin régulière sans transfert 5  détention  
2  fin régulière avec transfert 6  perte de contact  
3  changement de domicile 7  rupture explicite/exclusion  
4  hospitalisation 8  décès

**S3. Poursuite du traitement de substitution auprès d'un autre médecin prescripteur?**

- 1  oui (→ préciser: S3.1) 2  non -1  ne sait pas

**S3.1 Nom et adresse du médecin qui poursuivra le traitement**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ NPA/Localité \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

**S4. Produit de substitution (substance) avant la fin du traitement**

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

S5. **Nom exact du produit:** \_\_\_\_\_

S6. **Forme galénique**

- 1  solution orale  
 2  comprimés  
 3  capsules  
 4  solution pour injection  
 5  autre, préciser  
 ✎ Autre forme galénique: \_\_\_\_\_

S7. **Dose journalière (en mg/jour) avant la fin du traitement:** \_\_\_\_\_ mg/jour

S8. **Nombre de prises par jour avant la fin du traitement:** \_\_\_\_\_ par jour

S9. **Nombre de remises du produit par semaine avant la fin du traitement:** \_\_\_\_\_ par semaine

S10. **Lieu de remise du produit avant la fin du traitement**

- 1  prescripteur (médecin ou institution)  
 2  institution (autre que prescripteur)  
 3  pharmacie  
 4  prison  
 5  autre

S10.1 **Nom et adresse du lieu de remise**

Nom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

NPA/Localité \_\_\_\_\_

S10.2 **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 \_\_\_\_\_

Remarques/Commentaires \_\_\_\_\_

**DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

S11. **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

S12. **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<sup>e</sup> 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

S13. **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  
 ✎ Autre lieu de vie: \_\_\_\_\_  
 -1  pas connu

S14. **Conditions d'habitation (derniers 30 jours)**

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

**S15. Statut professionnel (30 derniers 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*
- Autre statut professionnel: \_\_\_\_\_
- 1  pas connu

**S16. 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
- Autre source de revenu: \_\_\_\_\_
- 1  pas connu

**S17. Propres enfants?**

- 1  oui
- 2  non (→ passer à S18)
- 1  pas connu (→ passer à S18)

**S17.1 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.

**S18. Substances posant problème (usage problématique/fréquent) (derniers 30 jours) (plusieurs choix possibles)**

- a  aucune
- b  alcool

**S18.1 Fréquence de la consommation d'alcool (derniers 30 jours)**

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

**S18.2 Nombre de verres standards bus au cours d'une journée ordinaire**

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

**S18.3 Fréquence d'occasions au cours desquelles le/la patient-e boit 6 verres standards ou plus**

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

**S18.4 – 18.9**

**Fréquence de l'usage des 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
c <input type="checkbox"/> héroïne/autres opioïdes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	-1 <input type="checkbox"/>
d <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"/>
e <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"/>
f <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"/>
g <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"/>

h  autre(s), *préciser*

Autre(s) substance(s) posant problème: \_\_\_\_\_

x  pas connu

**S18.10 Mode d'administration principal d'autres opioïdes (derniers 30 jours)**

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

**S19. Une substance illégale a-t-elle déjà été consommée par injection au des 30 derniers jours avant la fin du traitement? (toutes substances)**

1  oui      2  non, pas dans les derniers 30 jours      -1  pas connu

Remarques/Commentaires

**SANTÉ**

**S20. Etat somatique général du/de la patient-e**

1  très bon      2  bon      3  moyen      4  mauvais      5  très mauvais      -1  pas connu

**S21. Etat psychique général du/de la patient-e**

1  très bon      2  bon      3  moyen      4  mauvais      5  très mauvais      -1  pas connu

Remarques/Commentaires

**Confirmation et signature du patient / de la patiente**

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 prescripteurs actuel et précédent.

Signature du patient / de la patiente

Signature (et sceau) du médecin prescripteur