

TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES AVEC LA MÉTHADONE

DOSSIER MÉDICAL TYPE

TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES AVEC LA MÉTHADONE

GUIDE D'UTILISATION DU DOSSIER MÉDICAL TYPE

D'où vient l'idée d'un dossier médical type

Le présent dossier médical type a été élaboré en réponse aux résultats d'un sondage mené auprès des médecins québécois détenant une exemption pour l'utilisation de la méthadone dans le cadre du traitement de la dépendance aux opioïdes. Quarante-quatre (44) répondants sur cinquante-cinq (55), soit 80 %, trouvaient pertinent d'élaborer un tel outil de travail et quarante-trois (43) d'entre eux, soit 78.2 %, déclaraient qu'ils utiliseraient cet outil s'il était à leur disposition.

Les objectifs du dossier médical type

- Soutenir les médecins dans le recueil systématique d'informations clés en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes
- Permettre aux médecins de tenir des dossiers conformes aux recommandations qui leur sont faites par le Collège des médecins du Québec (Lignes directrices)

Dossier médical type : mode d'emploi

Le document que nous vous proposons est composé de 6 parties distinctes qui peuvent être utilisées indépendamment les unes des autres:

1. Un dossier médical type à utiliser au moment du premier rendez-vous avec une personne qui souhaite bénéficier d'un traitement pour un problème de dépendance aux opioïdes.
2. Une annexe psychosociale à compléter si la situation psychosociale du patient n'a pas été évaluée au moyen de l'Indice de Gravité de la Toxicomanie (IGT) ou autre grille d'évaluation.
3. Une fiche de suivi à utiliser à chacune des visites du patient.
4. Un sommaire des prescriptions de méthadone que nous vous conseillons de conserver dans les premières pages du dossier afin de pouvoir vous y référer facilement à chaque visite.
5. Un sommaire permettant de dresser une liste des problèmes (modèle généralement utilisé en médecine familiale).
6. Un formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier.

Pour chaque section, il vous est donc proposé d'émettre vos remarques et commentaires, comme vous le feriez dans le cas de tout autre patient. Nous vous indiquons cependant entre parenthèses la **liste non exhaustive des points qui devraient retenir votre attention** dans le cas du traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone.

Modifications du document

Le présent document a été élaboré pour faciliter l'exercice professionnel des médecins engagés dans le suivi médical de patients dépendants des opioïdes traités avec la méthadone. **Il peut donc être adapté par chacun des médecins** l'utilisant afin qu'il réponde au mieux à leurs besoins. Vous pouvez obtenir la version Word de ce document en communiquant avec le Service d'appui - TDO par téléphone, au 514 284-3426 ou 1 866 726-2343 ou par courriel à l'adresse suivante : france.cote.cran@ssss.gouv.qc.ca.

Nous souhaiterions de même recevoir vos **suggestions en matière d'amélioration de la qualité de cet outil**.

NO DE DOSSIER

--

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AVEC LA MÉTHADONE

DOSSIER MÉDICAL TYPE

Ouverture du dossier

NO RAMQ : _____ / _____ / _____ Date d'expiration : _____ DDN : _____ / _____ / _____ jour mois année		
Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	
Adresse :	Ville :	
Code postal :	Téléphone :	
Demande de dossier antérieur : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Autres personnes pouvant être rejointes :		
1.	Nom :	Lien : No téléphone :
2.	Nom :	Lien : No téléphone :
3.	Nom :	Lien : No téléphone :

1. HISTORIQUE DÉTAILLÉ DE LA CONSOMMATION ET DE LA DÉPENDANCE AUX DIFFÉRENTES DROGUES

	Durée de l'usage régulier (en mois ou années)	Voie d'administration	Quantité habituellement consommée par jour	Nombre de jours d'usage/30 derniers jours	Date de la dernière consommation	Quantité consommée lors de la dernière consommation	Plus longue période d'abstinence (jours, mois, année)
Héroïne							
Autres opiacés							
Cocaïne/crack/freebase							
Alcool							
Cannabis							
Hallucinogènes							
Tranquillisants (benzodiazépines)							
Amphétamines/ Ecstasy							
Méthadone de rue							
Autres							

Commentaires ou remarques : (historique d'intoxication grave, complications de sevrage, autres événements particuliers, autres dépendances : risque, jeu pathologique, sexe, etc.)

2. HISTORIQUE DE TRAITEMENT ANTÉRIEUR POUR DÉPENDANCE

Remarques/commentaires : (traitement avec méthadone ou autre médicament, sevrage ou programme de désintoxication, groupe d'entraide de type AA, NA, CA, traitement résidentiel, etc.)

3. HISTORIQUE MÉDICAL

Remarques/commentaires : (historique médical récent incluant la revue des fonctions + complications liées à l'injection : abcès ou autre infection, problèmes psychiatriques, gestes suicidaires, dépistage antérieur pour TB, exposition antérieure à TB, etc.)

4. HISTORIQUE MÉDICAL FAMILIAL

Remarques/commentaires : (historique de dépendance dans la famille historique des troubles psychiatriques dans la famille, diabète, hypercholestérolémie, hypertension, historique de TB, etc.)

5. HABITUDES DE VIE ET ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES

Tabagisme, sédentarité, allergies médicamenteuses connues, etc.

6. MÉDICATION ACTUELLE

Médication actuelle : (Retranscrire dans le « Sommaire méthadone et autres médicaments ». Vigilance requise en matière d'interactions anticipées avec la méthadone)

7. COMPORTEMENTS À RISQUE

Remarques/commentaires : (partage de matériel d'injection, partage de matériel d'inhalation, tatouages ou perçage, rapports sexuels non protégés, prostitution, dépistage antérieur VIH et VHC : date et résultats)

8. SYMPTOMATOLOGIE PSYCHIATRIQUE ACTUELLE

(Anxiété, dépression, agressivité, sommeil, etc.)

9. IMMUNISATION

BCG :

Hépatite A :

Hépatite B :

Tétanos :

Pneumovax :

Influenza :

10. EXAMEN PHYSIQUE

T/A	Pouls	Taille	Poids	IMC

Remarques/commentaires : (apparence générale, examen habituel + sites d'injection, nez chez les cocaïnomanes, hygiène buccale, signes d'intoxication ou de sevrage, malnutrition)

11. EXAMEN MENTAL

Remarques/commentaires : (Apparence et comportement, Affect : humeur, risque suicidaire, risque homicide, Fonctions mentales supérieures : attention, mémoire, jugement, compréhension, orientation, concentration, Contenu de la pensée : délire, hallucination, phobie, etc.)

12. IMPRESSIONS DIAGNOSTIQUES

Remarques/commentaires : (Abus/dépendance opioïdes et autres substances au regard des critères du DSM- IV, autres diagnostics. Il est conseillé de générer une liste des problèmes au moyen du document joint en annexe.)

13.PLAN D'INVESTIGATION

Remarques/commentaires : (Indication de faire PPD, FSC, Créatinine, Bilirubine totale, AST, ALT, dépistages : HbsAg, Anti Hbs, Anti Hépatite A et vaccination le cas échéant, HCV, Anti VIH après « counselling » et consentement, VDRL, autres MTS si indiqué, test de grossesse chez patiente en âge de procréer)

14.PLAN DE PRISE EN CHARGE

Remarques/commentaires : (Méthadone et autre médication, contraception, soins périodiques, « counselling » relatif aux comportements à risque et habitudes de vie, etc.)

Méthadone : mg du au

Privilèges :/7 Doses apportées :

Tests urines :/mois

Autorisation du patient à échanger des informations : Oui Non

(Possibilité d'utiliser le formulaire joint)

Contrat signé par le patient : Oui Non

(Un contrat type est disponible dans Lignes directrices du CMQ, Appendice 5, p 22-23)

Signature du médecin : Date :

ANNEXE PSYCHOSOCIALE

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Remarques/commentaires : (Lieu de résidence et arrangements de vie, scolarité, emploi et ressources financières, coût hebdomadaire de la consommation, dettes, etc.)

2. PROBLÈMES JUDICIAIRES

Remarques/commentaires : (Probation, liberté conditionnelle, attente de jugement, inculpations : nombre et nature; nombre de mois d'incarcération dans la vie, activités illégales dans les 30 derniers jours, difficultés à contrôler comportements violents, etc.)

3. FAMILLE

Remarques/commentaires : (État civil, enfants, si oui, intervention de la DPJ ou non, conditions de vie actuelles et satisfaction par rapport à ces conditions, vit avec quelqu'un qui a des problèmes de consommation, qualité des relations familiales et sociales, occupation du temps libre, abus physiques et ou sexuels subis dans l'enfance)

4. SUIVI PSYCHOSOCIAL

Remarques/commentaires : (Demande d'un suivi psychosocial, pertinence d'une référence externe : Cran, CRPAT, autre, thérapie résidentielle, évaluation psychiatrique, autres mesures)

FICHE DE SUIVI

Traitement avec la méthadone - Fiche de suivi

No dossier : _____

Date : ____/____/____ Signature du médecin _____

Nom : _____ Prénom : _____

1. SUIVI DES PROBLÈMES SOMATIQUES ET MENTAUX

Remarques/commentaires

2. DOSAGE DE MÉTHADONE

Remarques/commentaires : (Vérifier avec le pharmacien la fréquence des visites à la pharmacie, vérifier si le patient utilise les doses à emporter de façon sécuritaire, vérifier niveau de confort procuré par la médication, désir de consommation et/ou consommation, évolution des effets indésirables, résultats des tests urinaires si prescrits, etc.)

3. EXAMEN

Remarques/commentaires : (Signes d'intoxication ou de sevrage, sites d'injection, appréciation du comportement, autres problèmes médicaux)

4. CONDUITE À TENIR

Remarques/commentaires : (Dosage hebdomadaire de méthadone, justification des modifications, jours de présence à la pharmacie (privilèges), tests urinaires d'ici le prochain rendez-vous, etc.)

Méthadone : mg du au

Privilèges :/7 Doses apportées :

Tests urines :/mois

SOMMAIRE MÉTHADONE ET AUTRES MÉDICATIONS

Nom : _____ Prénom : _____ No dossier : _____

Pharmacie : _____ Ville : _____

Téléphone () - Télécopieur () -

R A P P E L

Privilège = autorisation d'emporter une dose quotidienne de méthadone, sur une période de sept jours.
 Par exemple, 1 privilège = 6 doses prises à la pharmacie et une dose apportée au domicile.
 Algorithme d'octroi des privilèges : (lorsque les conditions de vie du patient sont stabilisées)
 0 à 3 mois : aucun privilège, 4^e mois : un privilège, 5^e mois : deux privilèges, 6 à 8 mois : 3 ou 4 privilèges,
 > 8 mois : 5 ou 6 privilèges.
 Tout patient doit se présenter minimalement une fois par semaine à la pharmacie pour boire sa médication devant le pharmacien.

Date	Méthadone (en mg/jour) Du : au : inclusivement	Dose totale prescrite	Tests d'urine	Nombre de privilèges	Date du prochain rendez- vous	Commentaires

Autres médicaments

Date	Médication prescrite	Dosage quotidien	Commentaires

ANNEXE 1

LISTE DES PROBLÈMES

LISTE DES PROBLÈMES

Nom de l'établissement



NUMÉRO	PROBLÈMES	DATE ET INITIALES			