

ENTENTE DE SERVICE ENCADRANT LA DISTRIBUTION DE MÉTHADONE EN PHARMACIE

Nom du patient :
Prénom :
No de dossier :

Dans le cadre de votre traitement de substitution avec la méthadone, vous souhaitez que les pharmaciens travaillant à la pharmacie _____ vous offrent le service de distribution de la méthadone.

Pour cela, nous vous demandons de vous engager à :

1. Nous remettre l'ordonnance de méthadone, établie par votre médecin, dans l'**enveloppe scellée** qu'il vous aura remise.
2. Vous présenter à la pharmacie pour boire votre dose de méthadone devant le pharmacien durant les heures d'ouverture, soit entre _____ h et _____ h les jours de semaine et entre _____ h et _____ h les fins de semaine.
3. Ne pas vous présenter intoxiqué(e) à la pharmacie. Si vous vous présentez à la pharmacie **intoxiqué(e)** par des drogues, de l'alcool ou tout autre médicament, le pharmacien **refusera de vous servir** pour des questions de sécurité¹.
4. Vous présenter à la pharmacie **conformément aux ententes définies avec votre médecin (privilèges)**. Si vous omettez de vous présenter à la pharmacie trois jours consécutifs, pour votre sécurité, le pharmacien ne pourra vous remettre votre dose de méthadone. Vous devrez alors contacter votre équipe traitante, médecin ou infirmier(ère) et votre dosage de médication devra être réévalué à la baisse.
5. Ne pas faire preuve de **violence physique ou verbal ; d'intimidation envers les employés ou les clients ; ne pas commettre de vol à l'étalage et éviter tout autre comportement jugé inadmissible par l'équipe de la pharmacie**, sans quoi, les pharmaciens cesseront de vous offrir tout service professionnel, dont la remise de votre méthadone.
6. **Acquitter le montant quotidien , hebdomadaire ou mensuel de _____ \$ pour recevoir votre médication, sachant qu'aucun crédit ne sera accordé** et que les modalités de paiement relèvent entièrement de votre responsabilité.
7. **Consentir, dans le respect des règles en vigueur en matière de respect de la confidentialité, à l'échange d'informations relatives à la gestion de votre médication** entre les professionnels de la santé impliqués dans votre traitement avec la méthadone, à savoir :
Pharmacien _____ Personnel de soins infirmiers _____
Médecin _____ Intervenant psychosocial _____
8. **Faire preuve, conformément aux informations que vous avez reçues², d'un comportement responsable lorsque vous apporterez des doses à votre domicile**. Les doses perdues ou volées ne seront pas remplacées par le pharmacien, vous devrez consulter votre équipe traitante.

J'ai lu ou on m'a fait lecture de cette entente de service et j'en accepte volontairement et librement les termes.

Signature du patient

Pharmacien

Date

¹ Voir le dépliant d'information sur la méthadone ci-joint.

² Voir le dépliant d'information sur la méthadone ci-joint