

GRILLE D'ÉVALUATION REDOSAGE MÉTHADONE

NO DOSSIER :	NOM :
DATE : ____ / ____ / ____ HEURE ____ <small>Année Mois Jour</small>	PRÉNOM :

CONTEXTE DE REDOSAGE

PROFIL ACTUEL DU CLIENT

Dosage de confort habituel :	mg
Date du dernier dépistage urinaire :	____ / ____ / ____
Heure habituelle de la prise de méthadone : Régulière = heure	_____ Irrégulière : = heure _____

PROFIL DE LA CONSOMMATION DEPUIS LES SEPT (7) DERNIERS JOURS

<input type="checkbox"/> Consommation		Effet euphorisant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ø consommation	
Produit	Voie	Quantité par jour	Fréquence	Durée	Dernière consommation

Vérifier les visites à la pharmacie dans les sept derniers jours : _____

IDENTIFICATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES DE SEVRAGE SUBJECTIFS

SEVRAGE			INTOXICATION	
Signes		Symptômes		
Mydriase (dilatation)		Anxiété	Fine Point (Myosis)	
Pilo-érection		Diarrhée	Somnolence (Nodding)	
Transpiration		Insomnie	Trouble d'élocution	
Larmolement		Craving (besoins impérieux)	Diminution de la TVA	
Fièvre		Douleurs musculo-squelettiques	Diminution de la respiration	
Élévation de la T/A		Crampes abdominales	EFFETS SECONDAIRES	
Rhinorrhée		Sensation chaud et de froid	Bouffées congestives	
Bâillement		Fatigue	Apathie	
Spasmes musculaires		Irritabilité	Sudation	
		Nausée	Dysfonction sexuel	
		Vomissement	Diminution de la libido	
			Constipation	

Vérification des sites d'injections : _____
Dosage : <input type="checkbox"/> Confortable : (couvert 24 heures) <input type="checkbox"/> Ø Confortable : Temps appar. signes et symptômes : _____
Vérification de la technique d'injection : _____ Enseignement : _____

Identification de symptômes d'intoxication 2 – 4 heures post-ingestion méthadone

Non : Oui : Si oui, lesquels : _____

Signes vitaux : T/A : ____ / ____ Pls : ____ Resp : ____ /min T° ____ Pds : ____

GRILLE À COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Avec quelle intensité avez-vous souffert de chacun des symptômes suivants dans les dernières 24 heures ?
Cochez la case appropriée.

SYMPTÔMES	INTENSITÉ			
	Pas du tout	Légèrement	Modérée	Sévère
Se sentir mal				
Crampes d'estomac				
Contraction / spasmes des muscles				
Sensation de froid				
Battement de cœur				
Tensions / raideurs musculaires				
Avoir mal partout				
Bâillements				
Yeux qui coulent				
Insomnie / problèmes pour dormir				

Référence au psychosocial : oui non

Plan

Signature : _____