

# Méthadone

## Questionnaire pour une exemption



En lettres moulées, s.v.p.

1. IDENTIFICATION	
<b>Demandeur</b>	Nom : _____ Prénom : _____
<b>N° de permis</b>	_____
<b>Spécialité</b>	_____
<b>Adresse principale d'utilisation de l'exemption</b>	Institution : _____
	Local : _____
	Rue : _____
	Ville : _____ Province : Québec
	Code postal : _____
<b>Téléphone</b>	_____
<b>Télocopieur</b>	_____
<b>Courriel</b>	_____
<b>Adresse de correspondance (si différente)</b>	_____
<b>Langue</b>	Français <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/>

En lettres moulées, s.v.p.

2. EXEMPTION	
<b>Catégorie</b>	Analgésie <input type="checkbox"/> Dépendance <input type="checkbox"/>
<b>Type</b>	Nouvelle exemption <input type="checkbox"/> Renouvellement d'exemption <input type="checkbox"/> Cessation de l'exemption <input type="checkbox"/>

3. QUALIFICATIONS ET EXPÉRIENCE
<b>Décrire formation, qualifications et expérience avec la méthadone pour l'analgésie</b>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Décrire formation, qualifications et expérience avec la méthadone pour la dépendance</b>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

En lettres moulées, s.v.p.

<b>Cadre d'utilisation de l'exemption</b>	Cabinet solo	<input type="checkbox"/>
	Cabinet de groupe	<input type="checkbox"/>
	Clinique de désintoxication ou dépendance	<input type="checkbox"/>
	Clinique de la douleur	<input type="checkbox"/>
	CHSGS	<input type="checkbox"/>
	CHSLD	<input type="checkbox"/>
	CLSC	<input type="checkbox"/>
	Autre	<input type="checkbox"/>
<b>Nom du consultant *</b>		

\* Consultant : Nom d'un(e) médecin qui est déjà exempté(e) pour prescrire la méthadone pour l'analgésie ou la dépendance qui a accepté d'être disponible pour répondre à vos questions lorsque nécessaire.

#### 4. AUTORISATION

Par la présente et sous réserve que soit respecté leur caractère confidentiel, j'autorise le Collège des médecins du Québec à dévoiler au Bureau des substances contrôlées toute recommandation ou tout renseignement contenu dans mon dossier personnel susceptible d'être utile à l'étude de ma demande d'exemption à prescrire la méthadone ou toute autre action pouvant être prise en rapport avec cette exemption.

J'autorise également le Bureau des substances contrôlées à communiquer au Collège des médecins du Québec tout renseignement susceptible d'être utile à la surveillance de l'utilisation de la méthadone que j'aurai prescrite.

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

Faire parvenir ce questionnaire par la poste, par télécopieur ou par courriel, à :

Collège des médecins du Québec  
Direction de l'amélioration de l'exercice  
Médecin responsable – Méthadone  
2170, boulevard René-Lévesque Ouest  
Montréal QC H3H 2T8

Télécopieur : 514 933-4668

Courriel : [cmqmethadone@cmq.org](mailto:cmqmethadone@cmq.org)

Pour toute information supplémentaire, veuillez communiquer avec un responsable pour la méthadone au Collège des médecins du Québec à l'adresse courriel mentionnée ci-dessus ou par téléphone au 514 933-4441 (1 888 633-3246), poste 5489.

**AUTORISATION DE COMMUNICATION**  
**LISTE DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS**

- Je veux que mon nom apparaisse sur la liste des médecins prescripteurs de méthadone et j'autorise le Collège des médecins du Québec à communiquer mon nom et mes coordonnées professionnelles à des tiers.
- Je ne veux pas que mon nom apparaisse sur la liste des médecins prescripteurs de méthadone.

<b>Signature :</b>	
<b>Nom et prénom :</b> <small>(en lettres moulées)</small>	
<b>N° de permis :</b>	
<b>Date :</b>	