

TRANSFERT PERMANENT

Interservices Interrégional Interprovincial International

IDENTIFICATION DU PATIENT			
Nom :	Prénom :	Langue : F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Adresse :		Ville :	Code postal :
DDN* :	NAM* :	/	Téléphone : ()

* Champ obligatoire

date d'expiration

IDENTIFICATION DU MEDECIN	
Étampe	Nom :
	Adresse :
	Ville :
	Téléphone : <input type="text"/> Télécopieur : <input type="text"/>

MOTIF DE TRANSFERT	
<input type="checkbox"/> Déménagement	<input type="checkbox"/> Libéré d'office
<input type="checkbox"/> Désorganisation	
Intensité du suivi : 1 rendez-vous par _____/sem	Dose de confort atteinte : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Se présente à ses rendez-vous tel que prévu : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Mesures disciplinaires dans la dernière année : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Antécédent de surdose dans la dernière année : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Recommandation du médecin : Transfert du patient vers : 1 ^{ère} ligne <input type="checkbox"/> Centre spécialisé <input type="checkbox"/> Bas seuil <input type="checkbox"/>	

Précisez : _____

Transfert vers : _____ le : _____
Ville ou région date prévue du transfert

PRESCRIPTION	
METHADONE	
Date d'entrée en traitement : ____/____/____	Date Rx en cours : du ____/____/____ au ____/____/____ (incl.)
Reçoit : _____ mg par jour	
Nombre de doses non supervisées à la fois : _____ Nombre de jours à la pharmacie par semaine : _____/7	
SUBOXONE^{MD}	
Le patient reçoit : _____ mg par jour _____ mg aux 2 jours	
Le patient reçoit : _____ mg aux 3 trois jours i) _____ mg ii) _____ mg iii) _____ mg	

