



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

**ORDONNANCE
MÉDECINE DES TOXICOMANIES
RÉFÉRENCE POUR CONSULTATION AU CHUM-SMT**

Évaluation complétée par (*nom/titre si applicable*) : _____

Nom et coordonnées de l'organisme/centre de santé référant : _____

Connu de vos services depuis (JJ/MM/AA) : _____

Infirmière/intervenant contact (*si applicable*) : _____

Clientèle autochtone (*si applicable*) :

Nation et communauté : _____

Intervenant pivot/Ainé : _____

SSNA /NIHB : _____

Identification/ Données d'ouverture de dossier :

Nom, Prénom : _____ Date de naissance : _____

Sexe (*inscrit sur carte RAMQ*) : _____ Identité de genre : _____

Nom/prénom du père : _____

Nom/prénom de la mère : _____

Lieu de vie : _____

Coordonnées (téléphone/courriel) : _____

RAMQ (#/exp) : _____ Couverture médicale Oui Non

DSQ consulté DSQ non disponible **(Compléter les informations ci-dessous)**

Médecin de famille : _____

Coordonnées : _____

Autre médecin au dossier : _____

Coordonnées : _____

Autre suivi/intervenant : _____

**Si la personne a un médecin de famille ou est déjà pris en charge par une équipe, nous aurons besoin de les contacter avant d'envisager un changement sur le traitement actuel. Dans certains cas, entre autre les traitements agonistes aux opioïdes, une demande de consultation de la part du médecin de famille/équipe traitante sera nécessaire.*

Raison de consultation au SMT-CHUM : (substance, raison de consultation dans un centre universitaire, inquiétudes en lien avec état de santé. Ex : échec de suivi en centre de réadaptation en dépendance, échec multiples sevrage externe, ATCD complications sevrage, demande d'expertise/conseils, comorbidités physiques ou santé mentales, etc.)

Pour opioïdes :

*Si la personne a déjà un traitement agoniste aux opioïdes (Methadone, SuboxoneMD, Kadian®, etc), nous ne serons pas en mesure d'effectuer un changement sans l'accord de son équipe traitante.

Antécédent de surdose par le passé : Oui Non

Si oui, quelle substance : _____

TROUSSE DE NALOXONE EN POSSESSION ? Oui Non Remise le : _____

Pour une demande d'hospitalisation dans nos services : Orientation/ Plan post-séjour organisé :

Services résidentiels CRD- porte à porte : _____

Séjour en thérapie- porte à porte : _____

Suivi externe CRD : _____

Retour à domicile : _____

Autres : _____

N/A

Préoccupation(s) du patient :

Je, _____, autorise l'échange d'informations entre le service de médecine des toxicomanies du CHUM et le _____, en lien avec l'évaluation médicale, le plan et si applicable, les traitements reçus.

Cette autorisation est valide pour 90 jours.

Signature de la personne référée : _____ Date : _____

Autorisation verbale (deux témoins doivent signer)

Signature du clinicien : _____ Date : _____

Détails substances utilisées (à compléter au besoin) :

Substance	Sorte	Quantité par jour	Mode d'administration
<input type="checkbox"/> Opioides Nombre de jours /7 : _____ Depuis : _____	<input type="checkbox"/> Dilaudid (Hydromorphe) <input type="checkbox"/> Hydromorph contin (hydro) <input type="checkbox"/> Morphine <input type="checkbox"/> Kadian (Morphine à libération prolongée) <input type="checkbox"/> Héroïne <input type="checkbox"/> Autres : _____	Quantité/force (mg/points) : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	<input type="checkbox"/> Par la bouche <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Intranasale (sniffé) <input type="checkbox"/> Intraveineux (IV) <input type="checkbox"/> Intramusculaire <input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Benzodiazépines Nombre de jours /7 : _____ Depuis : _____	<input type="checkbox"/> Rivotril (Clonazepam) <input type="checkbox"/> Ativan (Lorazepam) <input type="checkbox"/> Xanax (Alprazolam) <input type="checkbox"/> Valium (Diazepam) <input type="checkbox"/> Autres : _____	Nb de comprimé/force (mg) : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	<input type="checkbox"/> Par la bouche <input type="checkbox"/> Intranasale (sniffé) <input type="checkbox"/> Intraveineux (IV) <input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Alcool Nombre de jours /7 : _____ Depuis : _____	<input type="checkbox"/> Vin : _____ <input type="checkbox"/> Bière : _____ <input type="checkbox"/> Fort : _____	Nb de bouteille/canette (ml)/% : _____ : _____ : _____	<input type="checkbox"/> Par la bouche <input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> GHB Nombre de jours /7 : _____ Depuis : _____	Fréquence : _____	Nombre de fioles : _____ Nombre de ml : _____	<input type="checkbox"/> Par la bouche <input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Cocaïne Nombre de jours /7 : _____ Depuis : _____	<input type="checkbox"/> Cocaïne : _____ <input type="checkbox"/> Crack : _____	Quantité/Nb de grammes : _____ : _____	<input type="checkbox"/> Par la bouche <input type="checkbox"/> Intranasale (sniffé) <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Intraveineux (IV) <input type="checkbox"/> Intramusculaire <input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Autre stimulant Nombre de jours /7 : _____ Depuis : _____	<input type="checkbox"/> Speed : _____ <input type="checkbox"/> Crystal meth : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	Nb de comprimé/gramme : _____ : _____ : _____	<input type="checkbox"/> Par la bouche <input type="checkbox"/> Intranasale (sniffé) <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Intraveineux (IV) <input type="checkbox"/> Intramusculaire <input type="checkbox"/> Autres : _____
<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Cannabis : _____ <input type="checkbox"/> Hallucinogènes : _____ <input type="checkbox"/> Inhalant : _____ <input type="checkbox"/> Kétamine : _____ <input type="checkbox"/> Tabac/e-cig : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____	Quantité par jour : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	<input type="checkbox"/> Par la bouche <input type="checkbox"/> Intranasale (sniffé) <input type="checkbox"/> Fumé <input type="checkbox"/> Intraveineux (IV) <input type="checkbox"/> Intramusculaire <input type="checkbox"/> Autres : _____

À transmettre par télécopieur au : (514) 412-7401 ou smt.clinique.externe.chum@ssss.gouv.qc.ca

