

Renseignements importants

Veillez remplir les pages suivantes avec l'aide de votre patient ou en vous servant de son dossier, au besoin. Envoyez le livret dûment rempli par télécopie au 1 888 629-4722. Gardez l'original pour vos dossiers.

Honoraires : Travail sécuritaire NB paiera le montant équivalant à deux fois les honoraires d'une visite en cabinet pour le livret rempli. Il ne vous paiera que si toutes les parties du livret ont été remplies.

Si vous ne voulez pas remplir le livret, ou si vous êtes incapable de le faire et voulez arrêter après la question 4, vous pouvez envoyer ce reçu rempli et la page 1 du livret intitulé *Examen de la thérapie par le cannabis de Travail sécuritaire NB*, et Travail sécuritaire NB vous paiera des frais administratifs équivalant à 33 % des honoraires d'une visite en cabinet.

CE DOCUMENT CONSTITUE VOTRE REÇU.

Je, _____, demande le paiement complet pour avoir rempli le livret intitulé *Examen de la thérapie par le cannabis de Travail sécuritaire NB* pour mon patient, _____.

Je, _____, refuse de remplir le livret intitulé *Examen de la thérapie par le cannabis de Travail sécuritaire NB* pour mon patient, _____. J'ai rempli les questions administratives à la première page, et je demande le paiement des frais administratifs appropriés.

Nom du fournisseur de soins primaires : _____

Signature : _____

Date : _____

Code du bénéficiaire : _____

Si vous avez des questions sur le présent formulaire, n'hésitez pas à communiquer avec Travail sécuritaire NB au numéro sans frais 1 877 647-0777.

Remarques : Les renseignements demandés sont fondés sur une norme raisonnable de l'exercice de la médecine dans la province du Nouveau-Brunswick. Le processus d'examen a été élaboré conformément aux lignes directrices de la politique de Travail sécuritaire NB intitulée Aide médicale – Cannabis (marijuana) à des fins médicales, qui se trouve en ligne à l'adresse travailsecuritairbnb.ca/info/politique-sur-le-cannabis.

Examen de la thérapie par le cannabis de Travail sécuritaire NB Formulaire du médecin – Évaluation complète des risques

FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES (MÉDECIN DE FAMILLE / INFIRMIÈRE PRATICIENNE)

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

N° de réclamation : _____

N° d'assurance-maladie : _____

1. Êtes-vous le fournisseur de soins primaires de ce patient? OUI NON

Si OUI, depuis quelle année? _____

2. Êtes-vous également le médecin qui autorise du cannabis à des fins médicales pour le patient? OUI NON

Si NON, veuillez indiquer le nom du médecin autorisant : _____

3. Renvoi du patient au médecin qui a autorisé le cannabis à des fins médicales :

Le patient s'est présenté de lui-même.

Le patient a demandé d'être adressé.

J'ai adressé le patient.

4. Voulez-vous participer au processus d'examen de la thérapie par le cannabis de Travail sécuritaire NB en remplissant ce questionnaire?

SI OUI, PASSEZ À LA QUESTION 5.

NON. Je reconnais que Travail sécuritaire NB pourrait procéder à un examen médical indépendant afin de faire l'examen de la thérapie par le cannabis.

S'ARRÊTER ICI. ENVOYEZ VOTRE FACTURE POUR RECEVOIR 33 % DES HONORAIRES POUR UNE VISITE EN CABINET.

5. Quels sont les **symptômes particuliers du patient** pour lesquels une demande d'autorisation pour du cannabis est présentée (nature des symptômes et partie du corps atteinte)?

6. À votre connaissance, quand les symptômes sont-ils apparus (**AAAA-MM-JJ**)?

7. Quel est le **diagnostic préliminaire** relativement aux symptômes du patient?

8. Selon vous, quels effets les symptômes du patient ont-ils sur ses activités professionnelles et quotidiennes?

9. Énumérez les traitements qui ont fait l'objet d'essais pour traiter les symptômes et les problèmes de santé indiqués plus haut.

Incapable de répondre

Essais de médicaments (non cannabinoïdes) (Joignez une autre feuille au besoin.)

Nom du médicament	Date du début	Dose maximale atteinte	Effets bénéfiques	Effets négatifs	Raison de cessation du médicament (si cela s'applique)	Date de cessation
i.						
ii.						

iii.						
iv.						
v.						

10. À votre connaissance, le patient a-t-il fait l'essai de cannabinoïdes pharmaceutiques pour traiter les symptômes ou problèmes de santé susmentionnés, comme le nabilone, les nabiximols ou autres produits cannabinoïdes synthétiques? Veuillez indiquer la date à laquelle le patient a commencé à prendre le médicament, la dose maximale atteinte, les effets principaux, les effets négatifs, les raisons pour lesquelles le patient a cessé de prendre le médicament et la date à laquelle il a cessé de le prendre, si cela s'applique.

Incapable de répondre

Essais de cannabinoïdes pharmaceutiques

Nom du cannabinoïde	Date du début	Dose maximale atteinte	Effets bénéfiques	Effets négatifs	Raison de cesser le médicament (si cela s'applique)	Date de cessation
i.						
ii.						
iii.						
iv.						

11. Indiquez **tous les médicaments** pris à l'heure actuelle qui, à votre connaissance, ont été prescrits au patient ou ont été autorisés pour des raisons médicales. Précisez la dose, l'horaire et toute condition indiquée. (Joignez une autre feuille, au besoin.)

Incapable de répondre

Tous les médicaments que le patient prend à l'heure actuelle

Nom du médicament	Dose	Horaire	Condition indiquée
i.			
ii.			
iii.			
iv.			
v.			

12. À votre connaissance, le patient consommait-il du cannabis avant sa blessure au travail ou l'apparition du problème de santé pour lequel il a une réclamation auprès de Travail sécuritaire NB?

OUI NON

NE SAIS PAS

13. **Les renseignements suivants sont nécessaires pour évaluer les risques ou déterminer les contre-indications possibles.** Énumérez **TOUS les problèmes de santé actuels et antérieurs** du patient dont vous avez connaissance. (Joignez une autre feuille, au besoin.)

Incapable de répondre

14. **Les renseignements suivants sont nécessaires pour évaluer les risques ou déterminer les contre-indications possibles.** Énumérez **TOUTES les opérations ou interventions** que le patient a subies **par le passé** dont vous avez connaissance. (Joignez une autre feuille, au besoin.)

Incapable de répondre

15. **Les renseignements suivants sont nécessaires pour évaluer les risques ou déterminer les contre-indications possibles.** Énumérez **TOUTES les conditions psychologiques / psychiatriques actuelles et antérieures** du patient dont vous avez connaissance. (Joignez une autre feuille, au besoin.)

Incapable de répondre

16. **Les renseignements suivants sont nécessaires pour évaluer les risques ou déterminer les contre-indications possibles.** Veuillez indiquer **TOUTES les constatations physiques anormales au moment du présent examen**, qu'elles découlent ou non de la blessure ou condition liée au travail. Indiquez également toute constatation de douleur ou de neuropathie. (Joignez une autre feuille, au besoin.)

Incapable de répondre

17. Votre patient fume-t-il le tabac? OUI NON
 NE SAIS PAS

Si OUI, indiquez la quantité de tabac qu'il fume par jour à votre connaissance, ainsi que depuis combien d'années il en fume périodiquement.

18. Votre patient consomme-t-il de l'alcool? OUI NON
 NE SAIS PAS

Si OUI, indiquez la quantité d'alcool qu'il consomme par jour à votre connaissance, ainsi que depuis combien d'années il en consomme périodiquement.

19. À votre connaissance, votre patient consomme-t-il à l'heure actuelle des drogues à usage récréatif autres que le cannabis? OUI NON
 NE SAIS PAS

Si OUI, veuillez indiquer les types de drogues, la quantité par jour à votre connaissance, ainsi que depuis combien d'années il est un consommateur périodique.

20. À votre connaissance, votre patient a-t-il des antécédents de troubles liés à l'utilisation de substances autres que le cannabis? OUI NON
 NE SAIS PAS

Si OUI, indiquez les substances et donnez une description ou un sommaire.

21. Si votre patient **ne consomme pas de cannabis**, veuillez passer à la question 22.

Si votre patient consomme du cannabis, veuillez répondre aux énoncés qui suivent au mieux de vos connaissances. Si vous ne le savez pas, n'indiquez rien.

Mon patient :

- i. prend du cannabis en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu; OUI NON
- ii. a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du cannabis; OUI NON

- iii. passe beaucoup de temps à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer de ses effets; OUI NON
- iv. manifeste un état de manque, ou un désir puissant ou une forte envie de consommer du cannabis; OUI NON
- v. consomme du cannabis malgré qu'il conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison; OUI NON
- vi. consomme du cannabis malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis; OUI NON
- vii. abandonne ou réduit des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes à cause de l'utilisation du cannabis; OUI NON
- viii. consomme du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux; OUI NON
- ix. continue de consommer du cannabis bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis. OUI NON
- x. Votre patient présente-t-il des signes de tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
- Besoin de quantités notablement plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré. OUI NON
- Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de cannabis. OUI NON
- xi. Votre patient présente-t-il des signes de sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
- Au moins trois des signes et symptômes suivants apparus dans la première semaine environ après avoir cessé d'utiliser le cannabis (quantité importante et période prolongée; habituellement usage quotidien ou presque) :
- irritabilité, colère ou agressivité; nervosité ou anxiété; difficulté à dormir (par exemple, insomnie ou mauvais rêves); perte d'appétit ou perte de poids; agitation; humeur dépressive; au moins l'un des symptômes physiques suivants entraînant un malaise considérable : douleur abdominale, tremblements, transpiration, fièvre, frissons, ou maux de tête. OUI NON

22. À votre connaissance, les énoncés suivants s'appliquent-ils à votre patient?

- i. Il a moins de 25 ans. OUI NON
- ii. Il a des antécédents personnels ou d'importants antécédents familiaux de psychose ou de schizophrénie. OUI NON
- iii. Il est ou était atteint d'un trouble lié à l'usage du cannabis. OUI NON

- iv. Il est atteint d'un trouble lié à l'usage d'une substance. OUI NON
- v. Il est atteint d'une maladie cardiovasculaire (angine, maladie vasculaire périphérique, maladie cérébrovasculaire, arythmie). OUI NON
- vi. Il a une maladie respiratoire. OUI NON
- vii. Le patient est une femme qui est enceinte, prévoit devenir enceinte ou allaite. OUI NON
- viii. Le patient a un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux concomitant. OUI NON
- ix. Il fume le tabac. OUI NON
- x. Il a des facteurs de risques de maladie cardiovasculaire. OUI NON
- xi. Il consomme beaucoup d'alcool ou prend de fortes doses d'opiacés, de benzodiazépines ou d'autres sédatifs, soit prescrits ou vendus en vente libre. OUI NON

23. À votre avis, votre patient a-t-il besoin d'une autre évaluation ou de plus d'appui pour des conditions psychologiques, y compris pour des problèmes liés à la mauvaise utilisation d'une substance? OUI NON

Si OUI, veuillez expliquer.

24. Avez-vous des inquiétudes à l'égard de votre patient quant à des effets secondaires ou indésirables liés à l'usage du cannabis? (Cochez une réponse pour chaque risque.)

RISQUES	AUCUN RISQUE	CERTAINS RISQUES	PAS CERTAIN	INCAPABLE D'ÉVALUER
Effets secondaires médicaux / psychologiques				
Dépendance au cannabis				
Conduite avec facultés affaiblies				
Capacité d'effectuer son travail ou de fonctionner au travail				
Capacité de satisfaire aux normes de sécurité au travail quand il effectue ses tâches				

25. Quels sont les **but**s fonctionnels précis du traitement par le cannabis?

26. Veuillez donner des détails de l'autorisation du cannabis à des fins médicales (si une autorisation a déjà été donnée) :

a. Ce patient a une autorisation médicale pour _____ (quantité) de cannabis par jour pour _____ jours.

b. Voie d'administration : _____

c. Indiquez la variété, le nom de l'huile ou un autre nom du produit plus bas :

	Variété / Nom du produit	% de THC	% de CBD
i.			
ii.			
iii.			

d. Marque ou identificateur de cannabis : _____

e. Nom du producteur autorisé : _____