

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 2, vous pouvez envoyer ce reçu rempli et la page 1 du *Formulaire de surveillance pour l'usage continu du cannabis à des fins médicales*, 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 médecin : _____

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 travailsecuritairenb.ca/info/politique-sur-le-cannabis.

FORMULAIRE DE SURVEILLANCE POUR L'USAGE CONTINU DU CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

MÉDECIN DE FAMILLE / INFIRMIÈRE PRATICIENNE

Travail sécuritaire NB examinera le plan et les buts de traitement du travailleur blessé afin d'assurer que le cannabis à des fins médicales est toujours nécessaire et efficace pour traiter la lésion ou la maladie indemnisable. Le fournisseur de soins primaires ou le médecin autorisant doit fournir des preuves qu'il a respecté les exigences de Travail sécuritaire NB quant à la surveillance.

Nom du patient : _____

1. Vous êtes le fournisseur de soins primaires ou médecin autorisant du patient.

2. Acceptez-vous de participer au processus de surveillance de la thérapie par le cannabis de Travail sécuritaire NB en remplissant ce formulaire? OUI NON

Travail sécuritaire NB demande d'abord au fournisseur de soins primaires de surveiller la thérapie par le cannabis. S'il refuse, Travail sécuritaire NB demande au médecin autorisant. Si les deux fournisseurs de soins refusent, Travail sécuritaire NB n'appuiera plus l'autorisation du cannabis puisque la sécurité et l'efficacité du traitement ne pourront pas être déterminées.

3. 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 _____ g de cannabis par jour pour ____ jours.

b. Voie d'administration : _____

c. Indiquez la variété plus bas :

	Variété	% de THC	% de CBD
i.			
ii.			
iii.			

d. Marque ou identificateur de cannabis : _____

e. Nom du producteur autorisé : _____

4. 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.)

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

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

Les renseignements suivants sont nécessaires pour évaluer les risques ou déterminer les contre-indications possibles.

5. Énumérez **tout changement dans l'état de santé du patient** dont vous avez connaissance, y compris toutes les opérations ou interventions qu'il a subies dans la dernière année. (Joignez une autre feuille, au besoin.)

6. Votre patient fume-t-il le tabac? OUI NON

Si OUI, indiquez la quantité et la fréquence. _____

7. Votre patient consomme-t-il de l'alcool? OUI NON

Si OUI, indiquez la quantité et la fréquence _____

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

Si OUI, indiquez la substance et la quantité. _____

9. À votre connaissance, les énoncés suivants s'appliquent-ils à votre patient? Si vous ne le savez pas, n'indiquez rien.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| i. Il a moins de 25 ans. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ii. Il a des antécédents personnels ou d'importants antécédents familiaux de psychose ou de schizophrénie. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| iii. Il est ou était atteint d'un trouble lié à l'usage du cannabis. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| iv. Il est atteint d'un trouble lié à l'usage d'une substance. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| v. Il est atteint d'une maladie cardiovasculaire (angine, maladie vasculaire périphérique, maladie cérébrovasculaire, arythmie). | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| vi. Il a une maladie respiratoire. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| vii. Le patient est une femme qui est enceinte, prévoit devenir enceinte ou allaite. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| viii. Le patient a un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux concomitant. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ix. Il fume le tabac. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| x. Il a des facteurs de risques de maladie cardiovasculaire. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

10. Avez-vous des inquiétudes à l'égard de votre patient quant à des effets secondaires ou indésirables liés à l'usage du cannabis?

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				
------------	--	--	--	--

11. Comment les **fonctions de votre patient ont-elles changé** depuis qu'il a commencé à prendre du cannabis à des fins médicales ou depuis la date du dernier examen?

12. Quels sont les **buts fonctionnels modifiés** du traitement par le cannabis?

Nous vous remercions d'avoir participé au processus d'évaluation des risques de la thérapie par le cannabis de Travail sécuritaire NB.