

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB

Travail sécuritaire NB a élaboré le processus d'examen de la thérapie par les opiacés en collaboration avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick et l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick.

Les opiacés sont des médicaments qui peuvent avoir à la fois des bienfaits et des effets secondaires. On encourage les professionnels de la santé et les organismes de réglementation à surveiller et à documenter leur utilisation.

Travail sécuritaire NB a refusé de payer l'opiacé et exige d'autres renseignements afin de prendre une décision quant au paiement du médicament.

Veillez nous faire parvenir les documents suivants par télécopie au **1 888 629-4722** une fois qu'ils auront tous été dûment remplis avec l'aide de votre patient / client (pharmacien – 3 documents, médecin – 4 documents). Vous pouvez garder les originaux pour vos dossiers.

Remarque

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 principes et aux lignes directrices de la Société canadienne pour le traitement de la douleur. Vous trouverez une liste complète des références à l'adresse www.worksafenb.ca. Vous n'avez qu'à cliquer sur « Fournisseurs des soins de santé » (onglet au haut de la page).

POUR COMMUNIQUER AVEC TRAVAIL SÉCURITAIRE NB

Ligne d'information à l'intention des travailleurs blessés
Sans frais : 1 800 222-9775

Ligne d'information à l'intention des pharmaciens / médecins
Sans frais : 1 877 647-0777

Travail sécuritaire NB n'autorisera pas de paiements à moins d'avoir reçu les formulaires du pharmacien et du médecin.

Elle ne peut autoriser de paiements par téléphone.

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB (PHARMACIEN)

Veillez remplir les feuilles suivantes avec l'aide de votre client.

Date : _____ Code du bénéficiaire de la pharmacie (Travail sécuritaire NB) : _____

ANTÉCÉDENTS

Travail sécuritaire NB a-t-elle payé ce médicament par le passé? Oui Non

Dans l'affirmative, quand? (Date) _____

Votre client a-t-il rempli d'autres formulaires dans le cadre du processus d'examen de la thérapie par les opiacés? Oui Non

Dans l'affirmative, raison d'un autre examen. Nouvelle pharmacie primaire Pharmacie primaire fermée

RENSEIGNEMENTS SUR LA PHARMACIE

Nom de la pharmacie : _____

Adresse de la pharmacie : _____

N° de téléphone de la pharmacie : _____

Nom du pharmacien : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDICAMENT SUR ORDONNANCE

Date de l'ordonnance : _____

Nom et teneur du médicament : _____

Quantité : _____

Dose prévue : _____ comprimés _____ fois par jour

Médecin prescripteur : _____

Raison de l'ordonnance : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom du client : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

N° de réclamation à Travail sécuritaire NB : _____

N° d'assurance-maladie : _____

Le client a-t-il un médecin primaire habituel? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LA BLESSURE

Date de la blessure : _____

Employeur : _____

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés –Travail sécuritaire NB
(PHARMACIEN) (suite)

RAISON DU REFUS PAR LE SYSTÈME ÉLECTRONIQUE DE PAIEMENT DIRECT

Quel message est apparu à l'écran quand le paiement a été refusé? (Veuillez cocher.)

- Le patient a atteint la quantité limite ou le patient a dépassé la quantité limite.
- Le médicament n'est pas couvert.
- Le médicament est prescrit par plus d'un médecin ou est dispensé par plus d'une pharmacie.

Mesures : Veuillez repasser la liste de contrôle suivante avec votre client et apposer vos initiales à chaque point pour indiquer qu'il a été fait.

1.

EXPLIQUER : Il est nécessaire de procéder au **processus d'examen de la thérapie par les opiacés** puisque la quantité prescrite du médicament dépasse les lignes directrices établies, ou la durée ou la période du médicament pose un problème.

Initiales du pharmacien

2.

EXPLIQUER : Travail sécuritaire NB a élaboré le **processus d'examen de la thérapie par les opiacés** en collaboration avec les médecins et les pharmaciens du Nouveau-Brunswick afin d'assurer la norme de pratique la plus élevée possible en ce qui a trait à cette classe de médicaments.

Initiales du pharmacien

3.

EXPLIQUER : Le **processus d'examen de la thérapie par les opiacés** est nécessaire pour ce genre de médicaments afin de renseigner les patients sur les effets secondaires possibles, la dépendance et l'accoutumance relativement à cette classe de médicaments.

Initiales du pharmacien

4.

EXPLIQUER : On utilise souvent cette classe de médicaments pour des raisons qui diffèrent de leur utilisation prévue, ce qui a un effet sur le taux de crimes et des conséquences sociales négatives dans la communauté. Toutes les parties doivent assumer une certaine responsabilité à cet égard.

Initiales du pharmacien

5.

EXPLIQUER : Travail sécuritaire NB exige que je signale tout problème d'abus ou d'intimidation, que ce soit en personne, par écrit, par téléphone ou par courriel.

Initiales du pharmacien

6.

REEMPLIR : Annexe 1 : Consentement éclairé

Initiales du pharmacien

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB
(PHARMACIEN) (suite)

7.

REPLIR : Annexe 2 : Entente relative à la thérapie par les opiacés

Initiales du pharmacien

Mesures à prendre par le client

Veuillez donner les renseignements suivants avec l'aide de votre client.

Cocher l'une des cases et demander au client de signer à côté.

A. Ordonnance retirée

Le client a retiré l'ordonnance. Son médecin lui prescrira une autre thérapie.

Signature du client : _____

OU

B. Ordonnance payée par le client

Les documents relatifs à l'examen des opiacés à Travail sécuritaire NB seront présentés à Travail sécuritaire NB et on reconnaît que Travail sécuritaire NB n'est **pas** tenue de rembourser le client. Ce dernier demandera à son médecin prescripteur de remplir la partie à l'intention des **MÉDECINS** du **processus d'examen de la thérapie par les opiacés** et la retournera à Travail sécuritaire NB.

Signature du client : _____

OU

C. Ordonnance en attente jusqu'à ce que Travail sécuritaire NB termine son examen

Les documents relatifs à l'examen des opiacés à Travail sécuritaire NB seront présentés à Travail sécuritaire NB et on reconnaît que Travail sécuritaire NB n'est **pas** tenue de rembourser le client. Ce dernier demandera à son médecin prescripteur de remplir la partie à l'intention des **MÉDECINS** du **processus d'examen de la thérapie par les opiacés** et la retournera à Travail sécuritaire NB. Le médecin-conseil effectuera l'examen une fois qu'il aura reçu les formulaires du pharmacien et du médecin.

Signature du client : _____

Nom du médicament : _____

DIN : _____

Quantité : _____

Signature :

(Nom du pharmacien)_____
(DATE)_____
(N° de téléphone de la pharmacie)**Frais : Travail sécuritaire NB paiera les frais d'éducation par réclamation par année sur réception des trois sections à l'intention du pharmacien. Chaque section doit être dûment remplie.**

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB (PHARMACIEN) (suite)

ANNEXE 1 : CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Veillez discuter de la thérapie par les opiacés avec votre client en suivant les points de discussion proposés qui suivent.

1.

Décrire le but de la thérapie par les opiacés au client (**moins de douleur plutôt que pas de douleur** et les **buts fonctionnels visés**), et lui expliquer les effets secondaires fréquents et les mesures possibles pour les neutraliser. Discuter en particulier du traitement préventif de la constipation. Aborder le risque de toxicomanie, et le différencier de la tolérance et de la dépendance physique. Prévenir le client des symptômes de sevrage en raison de l'arrêt soudain de la thérapie par les opiacés. Discuter du concept de l'augmentation progressive de la posologie et de l'importance de **la prise de doses à intervalles fixes** par rapport à **la prise de doses au besoin** pour le soulagement de la douleur chronique. Discuter de l'utilisation appropriée des doses d'appoint de médicaments.

Initiales du pharmacien

2.

Avertir le client que la somnolence est un effet secondaire fréquent pendant la phase d'augmentation de la posologie des opiacés. Le client ne devrait pas conduire de voiture ou faire fonctionner des machines dangereuses jusqu'à ce que son état de somnolence disparaisse. Dans le cas contraire, le pharmacien pourrait devoir signaler le manquement à la consigne au ministère des Transports de la province.

Initiales du pharmacien

3.

On devrait avertir le client de ne modifier ni la posologie de l'analgésique opioïde ni l'intervalle entre les doses sans avis précis de son médecin. Le client devrait savoir que des modifications de la posologie sans autorisation peuvent porter atteinte à la relation client-pharmacien.

Initiales du pharmacien

4.

Informez le client que des consultations de suivi à intervalles réguliers sont nécessaires afin de vérifier l'efficacité de la thérapie par les opiacés et de neutraliser les effets secondaires. La fréquence des rendez-vous de suivi variera selon la phase du traitement, par exemple la phase d'augmentation de la posologie par rapport à la phase de stabilisation de la posologie.

Initiales du pharmacien

5.

Informez le client qu'il devrait se procurer les ordonnances d'analgésiques opioïdes auprès d'un seul médecin ou, en son absence, auprès de celui qui le remplace. Toutes les ordonnances de médicaments psychotropes devraient être exécutées dans une seule pharmacie, sauf en cas d'urgence. Avertir le client que le fait de rechercher une thérapie par les opiacés auprès d'autres médecins ou pharmacies sans en informer le médecin prescripteur porte atteinte à la confiance essentielle à la prescription d'un traitement prolongé aux opiacés.

Initiales du pharmacien

6.

Aviser le client de garder les analgésiques opioïdes en lieu sûr et de ne pas en donner, prêter ou vendre à qui que ce soit.

Initiales du pharmacien

7.

Prévenir le client que le fait de prendre à la fois des opiacés et des sédatifs comme les benzodiazépines, les barbituriques, les relaxants musculaires, l'alcool ou autres peut entraîner d'importants troubles cognitifs. On devrait avertir le client de ne consommer aucune des substances mentionnées ci-dessus sans en avoir d'abord discuté avec son médecin.

Initiales du pharmacien

8.

Même si les possibilités d'abus ou de toxicomanie à l'égard des analgésiques opioïdes prescrits sont peu élevées chez les clients à faible risque, l'abus concomitant de substances illicites comme la marijuana, la cocaïne, les stimulants, les hallucinogènes ou l'héroïne, ou bien la consommation d'alcool est un indice de personne prédisposée à abuser également des opiacés. La consommation de ces substances peut aussi altérer l'effet thérapeutique des opiacés ou entraîner une augmentation des effets secondaires, comme un dysfonctionnement cognitif. Il est donc recommandé que le client s'abstienne de prendre toute substance psychotrope sans d'abord en avoir discuté avec son médecin.

Initiales du pharmacien

9.

Informez le client que, outre un soulagement plus marqué de la douleur, l'amélioration du fonctionnement physique et psychologique à la maison ou au travail constitue une excellente mesure de l'efficacité de la thérapie prolongée par les opiacés. Le client et le médecin peuvent donc établir un ensemble de buts fonctionnels précis et raisonnables. Le médecin évaluera les progrès réalisés vers l'atteinte de ces buts à chaque consultation et se servira des renseignements fournis pour évaluer l'efficacité globale de la thérapie prolongée par les opiacés. **Un manque d'amélioration au niveau de ses fonctions ou une diminution persistante des capacités fonctionnelles pendant la thérapie par les opiacés pourrait donner lieu à une réévaluation du patient et à une révision de son plan de traitement.**

Initiales du pharmacien

RELU ET REMPLI PAR :

Nom du pharmacien : _____

Date : _____

Le médecin du client a-t-il déjà repassé ces renseignements avec le client? Oui Non

Signature du pharmacien : _____

Confirmé par le client (signature) : _____

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB (PHARMACIEN) (suite)

ANNEXE 2 : ENTENTE RELATIVE À LA THÉRAPIE PAR LES OPIACÉS

Veillez demander à votre client de remplir ce qui suit :

1. Je soussigné, _____ (nom du client), accepte que le docteur _____ (médecin prescripteur) soit le seul médecin à prescrire un analgésique opioïde (aussi appelé « narcotique »). Ma pharmacie sera _____, située au _____(adresse).
2. Je prendrai le médicament aux doses et à la fréquence prescrites par mon médecin. Je m'engage à ne pas augmenter la dose d'opiacés à moins que mon médecin ne le précise et je comprends que si je ne respecte pas cette exigence, on pourrait mettre fin à ma thérapie par les opiacés.
3. Je me rendrai à tous mes rendez-vous, traitements et consultations, tel que mon médecin me le demandera.
4. Je ne recevrai pas d'analgésique opioïde d'un autre médecin sauf en cas d'urgence ou si je manquais de médicament, quoique improbable. Dans de tels cas, j'en informerai mon médecin le plus tôt possible.
5. Je comprends que le traitement prolongé aux opiacés produit souvent des effets secondaires, notamment des nausées, de la constipation, de la sudation et des démangeaisons. Un état de somnolence peut apparaître au début du traitement aux opiacés ou après une augmentation de la posologie. J'accepte de ne pas conduire un véhicule motorisé ou ne pas faire fonctionner des machines dangereuses jusqu'à ce que cet état de somnolence disparaisse.
6. Je comprends qu'il existe un faible risque d'accoutumance à l'égard des opiacés qui me sont prescrits. C'est pourquoi mon médecin pourrait demander des analyses supplémentaires ou une consultation auprès d'un spécialiste en toxicomanie si jamais il s'inquiétait de l'apparition d'une accoutumance en cours de traitement.
7. Je comprends que l'utilisation de substances qui modifient l'humeur comme les tranquillisants, les somnifères, l'alcool ou les drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne ou hallucinogènes) peuvent produire des effets indésirables ou entraver la thérapie par les opiacés. Par conséquent, j'accepte de ne consommer aucune de ces substances sans d'abord en discuter avec mon médecin.
8. Je m'engage à ranger les médicaments en lieu sûr, en tout temps. J'accepte de ne pas donner à qui que ce soit les analgésiques qui m'ont été prescrits.
9. Si je ne respecte pas la présente entente, mon médecin se réserve le droit de cesser de me prescrire des opiacés.
10. Par les présentes, j'accepte que mon médecin a l'autorité de divulguer les renseignements portant sur les ordonnances qui se trouvent dans mon dossier à tout autre professionnel de la santé lorsqu'il est jugé nécessaire selon le médecin.

VEUILLEZ REMPLIR CE QUI SUIT :

Signature du client : _____

Signature du pharmacien : _____

Nom du médecin : _____

Pharmacie primaire : _____

Adresse : _____ Date : _____

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB (MÉDECIN)

Date : _____ Code du bénéficiaire du médecin (Travail sécuritaire NB) : _____

Les opiacés sont des médicaments qui peuvent avoir à la fois des bienfaits et des effets secondaires. On encourage les professionnels de la santé et les organismes de réglementation à surveiller et à documenter leur utilisation.

Travail sécuritaire NB n'a pas autorisé le paiement de l'ordonnance de votre patient pour des opiacés pour l'une des raisons suivantes :

- a) la quantité permise a été dépassée;
- b) on doit obtenir de plus amples renseignements cliniques en raison de la durée ou du délai de l'ordonnance;
- c) le médicament est prescrit par plus d'un médecin ou dispensé par plus d'une pharmacie.

Travail sécuritaire NB exige d'autres renseignements afin de prendre une décision sur le paiement du médicament. On a demandé à votre patient de faire un rendez-vous pour remplir ce formulaire, y compris les annexes. Ce formulaire remplace le formulaire ordinaire sur les progrès. Vous n'avez **pas** besoin de présenter un *Formulaire 10* ou un *Formulaire 10P/D* pour cette visite.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : _____

N° de réclamation à Travail sécuritaire NB : _____

1.

Renseignements sur l'ordonnance pour des opiacés Nom du médicament : _____

Quantité : _____

Les opiacés sont prescrits : en raison d'une blessure indemnisable – veuillez remplir toutes les feuilles avant de les télécopier. pour une raison autre qu'une lésion indemnisable – veuillez signer toutes les feuilles et les télécopier.

2.

Générateur de douleur : La durée des symptômes de douleur :

est comme prévue ou a dépassé la durée prévue.

Selon la blessure, l'intensité de la douleur est :

comme prévue ou plus intense que la douleur prévue.

Le patient signale que sa douleur augmente avec les activités :

Non Oui

Le patient signale que rien ne soulage sa douleur :

Non Oui

Le patient signale que sa douleur augmente avec le temps :

Non Oui

3.

Principaux générateurs de douleur – Appui pour ce qui est du modèle biologique objectif

APPUI DÉFINITIF

Constatations objectives de générateurs de douleur confirmés cliniquement et lors d'investigations corrélatives.

APPUI MOYEN

Évaluation clinique positive, mais **aucune** constatation objective à l'appui lors d'investigations.

APPUI MINIMAL

Investigations et examen négatifs.

Description : _____

4.
Diagnostic clinique : Certain Complexe et multifactoriel Incertain

5.
Essai de modalités physiques (exercices, amplitude des mouvements, appareil TENS) :
 Oui Non

6.
Essai de l'approche par paliers avec les autres classes de médicaments non opioïdes :
 Oui Non

7.
D'autres professionnels du domaine médical jouent-ils un rôle dans le traitement du travailleur (physiothérapeute, spécialiste, chiropraticien, membre du réseau de médecins de famille, psychologue)?
 Oui Non
Dans l'affirmative, qui? _____

8.
S'agit-il d'une douleur d'origine neuropathique? Oui Non
Dans l'affirmative, a-t-on utilisé des adjuvants tels que l'acide trichloroacétique et des anticonvulsivants?
 Oui Non

9.
EXPLIQUER : Travail sécuritaire NB exige que je signale tout problème d'abus ou d'intimidation, que ce soit en personne, par écrit, par téléphone ou par courriel.

10.
Avez-vous rempli l'Annexe 1 : Dépistage de la toxicomanie?
 Oui Non

11.
Avez-vous rempli l'Annexe 2 : Consentement éclairé?
 Oui Non

12.
Avez-vous rempli l'Annexe 3 : Entente relative à la thérapie par les opiacés?
 Oui Non

Je soussigné, _____, confirme que les renseignements susmentionnés sont exacts, et qu'ils sont appuyés par des preuves et de la documentation qui se trouvent dans le dossier permanent du patient. Je connais les effets physiologiques de cette classe de médicaments (opiacés) et la pratique conformément aux règlements fédéral et provincial qui la régit.

Signature :

_____, M.D.

_____ (DATE)

Honoraires : Sur réception des quatre sections à l'intention du médecin, Travail sécuritaire NB paiera les honoraires pour une consultation au bureau jusqu'à ce que des honoraires soient établis selon l'entente. Le médecin doit remplir chaque section afin d'être remboursé par Travail sécuritaire NB.

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB (MÉDECIN)

ANNEXE 1 : OUTIL D'ÉVALUATION DES RISQUES D'ACCOUSTOMANCE AUX OPIACÉS

Questions suggérées sur le dépistage de la toxicomanie

Dans le cadre du dépistage du risque de toxicomanie chez les patients atteints de douleur chronique d'origine non cancéreuse, le clinicien s'intéresse principalement aux patients qui ont des antécédents d'abus d'alcool ou de dépendance, ou des antécédents de consommation de plusieurs drogues. Un patient qui a déjà fait un usage abusif de drogues est davantage prédisposé à la surconsommation d'autres substances psychoactives. Le dépistage n'a pas pour but de refuser les opiacés aux patients pour traiter la douleur, mais de déterminer le petit sous-groupe de personnes davantage prédisposées qui demandent une évaluation plus approfondie et un suivi plus étroit.

L'outil permet d'évaluer les risques d'accoutumance aux opiacés.

FACTEUR	HOMMES	FEMMES
Tableau 1 – Outil d'évaluation des risques d'accoutumance aux opiacés¹		
Antécédents familiaux d'abus d'alcool ou de drogues		
• Alcool	<input type="checkbox"/> 3 points	<input type="checkbox"/> 1 point
• Drogues illicites	<input type="checkbox"/> 3 points	<input type="checkbox"/> 2 points
• Médicaments sur ordonnance	<input type="checkbox"/> 4 points	<input type="checkbox"/> 4 points
Antécédents personnels d'abus d'alcool ou de drogues		
• Alcool	<input type="checkbox"/> 3 points	<input type="checkbox"/> 3 points
• Drogues illicites	<input type="checkbox"/> 4 points	<input type="checkbox"/> 4 points
• Médicaments sur ordonnance	<input type="checkbox"/> 5 points	<input type="checkbox"/> 5 points
Personnes âgées entre 16 et 45 ans	<input type="checkbox"/> 1 point	<input type="checkbox"/> 1 point
Antécédents d'abus sexuel pendant la préadolescence	<input type="checkbox"/> 0 point	<input type="checkbox"/> 3 points
Maladie psychiatrique		
• Trouble déficitaire de l'attention, trouble obsessionnel-compulsif, trouble bipolaire, schizophrénie	<input type="checkbox"/> 2 points	<input type="checkbox"/> 2 points
• Dépression	<input type="checkbox"/> 1 point	<input type="checkbox"/> 1 point

¹ WEBSTER, L. R. et R. M. Webster. « Predicting aberrant behaviours in opioid-treated patients: validation of the Opioid Risk Tool », *Pain Med*, 2005, 6(6), pages 432 à 442. [Traduction libre]

Total des points

Total :

Total :

Faible risque (0 à 3)

Risque modéré (4 à 7)

Risque élevé (8 ou plus)

VÉRIFIÉ PAR :

Signature du patient :

Signature du médecin :

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB (MÉDECIN)

ANNEXE 2 : CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Veillez discuter de la thérapie par les opiacés avec votre patient en suivant les points de discussion proposés qui suivent.

1.

Décrire le but de la thérapie par les opiacés au patient (**moins de douleur plutôt que pas de douleur** et les **buts fonctionnels visés**), et lui expliquer les effets secondaires fréquents et les mesures possibles pour les neutraliser. Discuter en particulier du traitement préventif de la constipation. Aborder le risque de toxicomanie et le différencier de la tolérance et de la dépendance physique. Prévenir le patient des symptômes de sevrage en raison de l'arrêt soudain de la thérapie par les opiacés. Discuter du concept de l'augmentation progressive de la posologie et de l'importance de **la prise de doses à intervalles fixes** par rapport à **la prise de doses au besoin** pour le soulagement de la douleur chronique. Discuter de l'utilisation appropriée des doses d'appoint de médicaments.

Initiales du médecin

2.

Avertir le patient que la somnolence est un effet secondaire fréquent pendant la phase d'augmentation de la posologie des opiacés. Le patient ne devrait pas conduire de voiture ou faire fonctionner des machines dangereuses jusqu'à ce que son état de somnolence disparaisse. Dans le cas contraire, le médecin pourrait devoir signaler le manquement à la consigne au ministère des Transports de la province.

Initiales du médecin

3.

On devrait avertir le patient de ne modifier ni la posologie de l'analgésique opioïde ni l'intervalle entre les doses sans avis précis de son médecin. Le patient devrait savoir que des modifications de la posologie sans autorisation peuvent porter atteinte à la relation patient-médecin.

Initiales du médecin

4.

Informez le patient que des consultations de suivi à intervalles réguliers sont nécessaires afin de vérifier l'efficacité de la thérapie par les opiacés et de neutraliser les effets secondaires. La fréquence des rendez-vous de suivi variera selon la phase du traitement, par exemple la phase d'augmentation de la posologie par rapport à la phase de stabilisation de la posologie.

Initiales du médecin

5.

Informez le patient qu'il devrait se procurer les ordonnances d'analgésiques opioïdes auprès d'un seul médecin ou, en son absence, auprès de celui qui le remplace. Toutes les ordonnances de médicaments psychotropes devraient être exécutées dans une seule pharmacie, sauf en cas d'urgence. Aviser le patient que le fait de rechercher des opiacés auprès d'autres médecins ou pharmacies sans en informer le médecin prescripteur porte atteinte à la confiance essentielle à la prescription d'un traitement prolongé aux opiacés.

Initiales du médecin

6.

Aviser le patient de garder les analgésiques opioïdes en lieu sûr et de ne pas en donner, prêter ou vendre à qui que ce soit.

Initiales du médecin

7.

Prévenir le patient que le fait de prendre à la fois des opiacés et des sédatifs comme les benzodiazépines, les barbituriques, les relaxants musculaires, l'alcool ou autres peut entraîner d'importants troubles cognitifs. On devrait avertir le patient de ne consommer aucune des substances mentionnées ci-dessus sans en avoir d'abord discuté avec son médecin.

Initiales du médecin

8.

Même si les possibilités d'abus ou de toxicomanie à l'égard des analgésiques opioïdes prescrits sont peu élevées chez les patients à faible risque, l'abus concomitant de substances illicites comme la marijuana, la cocaïne, les stimulants, les hallucinogènes ou l'héroïne, ou bien la consommation d'alcool est un indice de personne prédisposée à abuser également des opiacés. La consommation de ces substances peut aussi altérer l'effet thérapeutique des opiacés ou entraîner une augmentation des effets secondaires, comme un dysfonctionnement cognitif. Il est donc recommandé que le patient s'abstienne de prendre toute substance psychotrope sans d'abord en avoir discuté avec son médecin.

Initiales du médecin

9.

Informez le patient que, outre un soulagement plus marqué de la douleur, l'amélioration du fonctionnement physique et psychologique à la maison ou au travail constitue une excellente mesure de l'efficacité de la thérapie prolongée par les opiacés. Le patient et le médecin peuvent donc établir un ensemble de buts fonctionnels précis et raisonnables. Le médecin évaluera les progrès réalisés vers l'atteinte de ces buts à chaque consultation et se servira des renseignements fournis pour évaluer l'efficacité globale de la thérapie prolongée par les opiacés. **Un manque d'amélioration au niveau de ses fonctions ou une diminution persistante des capacités fonctionnelles pendant la thérapie par les opiacés pourrait donner lieu à une réévaluation du patient et à une révision de son plan de traitement.**

Initiales du médecin

RELU ET REMPLI PAR :

Nom du médecin : _____

Date : _____

Le pharmacien de votre patient a-t-il déjà repassé ces renseignements avec lui? Oui Non

Signature du médecin : _____

Confirmé par le patient (signature) : _____

Processus d'examen de la thérapie par les opiacés – Travail sécuritaire NB (MÉDECIN)

ANNEXE 3 : ENTENTE RELATIVE À LA THÉRAPIE PAR LES OPIACÉS

Veillez demander à votre patient de remplir ce qui suit :

1. Je soussigné, _____ (nom du patient), accepte que le docteur _____ (médecin prescripteur) soit le seul médecin à prescrire un analgésique opioïde (aussi appelé « narcotique »). Ma pharmacie sera _____, située au _____ (adresse).
2. Je prendrai le médicament aux doses et à la fréquence prescrites par mon médecin. Je m'engage à ne pas augmenter la dose d'opiacés à moins que mon médecin ne le précise et je comprends que si je ne respecte pas cette exigence, on pourrait mettre fin à ma thérapie par les opiacés.
3. Je me rendrai à tous mes rendez-vous, traitements et consultations, tel que mon médecin me le demandera.
4. Je ne recevrai pas d'analgésique opioïde d'un autre médecin sauf en cas d'urgence ou si je manquais de médicament, quoique improbable. Dans de tels cas, j'en informerai mon médecin le plus tôt possible.
5. Je comprends que le traitement prolongé aux opiacés produit souvent des effets secondaires, notamment des nausées, de la constipation, de la sudation et des démangeaisons. Un état de somnolence peut apparaître au début du traitement aux opiacés ou après une augmentation de la posologie. J'accepte de ne pas conduire un véhicule motorisé ou ne pas faire fonctionner des machines dangereuses jusqu'à cet état de somnolence disparaisse.
6. Je comprends qu'il existe un faible risque d'accoutumance à l'égard des opiacés qui me sont prescrits. C'est pourquoi mon médecin pourrait demander des analyses supplémentaires ou une consultation auprès d'un spécialiste en toxicomanie si jamais il s'inquiétait de l'apparition d'une accoutumance en cours de traitement.
7. Je comprends que l'utilisation de substances qui modifient l'humeur comme les tranquillisants, les somnifères, l'alcool ou les drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne ou hallucinogènes) peuvent produire des effets indésirables ou entraver la thérapie par les opiacés. Par conséquent, j'accepte de ne consommer aucune de ces substances sans d'abord en discuter avec mon médecin.
8. Je m'engage à ranger les médicaments en lieu sûr, en tout temps. J'accepte de ne pas donner à qui que ce soit les analgésiques qui m'ont été prescrits.
9. Si je ne respecte pas la présente entente, mon médecin se réserve le droit de cesser de me prescrire des opiacés.
10. Par les présentes, j'accepte que mon médecin a l'autorité de divulguer les renseignements portant sur les ordonnances qui se trouvent dans mon dossier à tout autre professionnel de la santé lorsqu'il est jugé nécessaire selon le médecin.

VEUILLEZ REMPLIR CE QUI SUIT :

Signature du patient : _____

Signature du médecin : _____

Pharmacie primaire : _____

Date : _____