

Examen de la thérapie par la kétamine

Renseignements importants

Veuillez 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.

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

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 1 800 999-9775.

Examen de la thérapie par la kétamine de Travail sécuritaire NB en vue de l'approbation et de la documentation

Le fournisseur de soins doit remplir le livret. Ce dernier permet de documenter et d'examiner systématiquement le processus de thérapie par la kétamine. Le fournisseur de soins doit fournir les renseignements nécessaires dans la section « Demande d'approbation préalable » avant que le traitement ne soit autorisé. Il doit également fournir les renseignements demandés dans les sections « Surveillance et rapports » et « Rapports de suivi à long terme », tel qu'il est indiqué.

Demande d'approbation préalable

- Sur réception des renseignements fournis dans la section « Demande d'approbation préalable », Travail sécuritaire NB procède à un examen interne et attribue un numéro de référence si le traitement est approuvé.
- Veuillez consulter la page 3 du livret d'examen.

Surveillance et rapports

- Le fournisseur de soins remplit cette section du formulaire **après chaque traitement** afin de documenter l'état du patient.
- Veuillez consulter la page 4 du livret d'examen.

Rapports de suivi à long terme

- Le fournisseur de soins présente des rapports périodiques au moyen de cette section, y compris le *Questionnaire sur la santé du patient* (PHQ-9), dans le cadre du suivi à long terme en indiquant le résultat de référence, ainsi que les résultats après 4 à 6 semaines, 3 mois, 6 mois et 9 mois.
- Veuillez consulter la page 6 du livret d'examen.

La surveillance et la sécurité physiques et psychologiques pendant chaque traitement sont assurées en temps réel, tandis que la surveillance continue et les examens trimestriels font en sorte que le traitement soit continuellement évalué pour garantir la sécurité et l'efficacité.

Les professionnels de la santé doivent remplir toutes les sections du livret en entier afin de respecter la norme d'excellence de Travail sécuritaire NB en matière de soins aux clients et de sécurité des patients.

Demande d'approbation préalable

Le **fournisseur de soins** remplira ce formulaire pour demander l'autorisation préalable de la thérapie par la kétamine.

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

N° de réclamation : _____

Risque actuel de suicide : ☐ Aucun ☐ Faible ☐ Moyen ☐ Élevé

Veuillez indiquer le résultat de référence obtenu sur le [Questionnaire sur la santé du patient](#) (PHQ-9) :

Veuillez donner une liste des psychotropes de première ligne prescrits dont on a fait l'essai avant le traitement (joindre ou indiquer de brefs commentaires) :

Plan de traitement détaillé et justification :

Résultats prévus et étapes :

LISTE DE CONTRÔLE

☐ La réclamation du patient pour une blessure indemnisable a été acceptée ET la blessure satisfait aux critères du DSM-5-TR pour la dépression majeure.

☐ Aucun critère d'exclusion n'est présent (par exemple, pas de trouble psychotique, de trouble bipolaire, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble de la personnalité du groupe B ou de trouble lié à l'usage d'une substance sans une déclaration de sécurité).

☐ Présentation d'une déclaration de sécurité, si cela s'applique.

☐ Le plan de traitement et de surveillance a été présenté et est conforme aux normes de Travail sécuritaire NB et de facturation.

Signature du fournisseur de soins : _____

Date : _____

Surveillance et rapports

Le **fournisseur de soins** utilisera cette section pour rendre compte de chaque traitement après le processus d'approbation préalable.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE TRAITEMENT (infirmière ou médecin traitant)

☐ Date et heure du traitement : _____

☐ Rapport de surveillance cardiorespiratoire :

Signes vitaux avant le traitement

☐ Fréquence cardiaque ☐ Tension artérielle ☐ SpO2 ☐ Fréquence respiratoire

Signes vitaux – Surveillance continue

☐ Fréquence cardiaque ☐ Tension artérielle ☐ SpO2 ☐ Fréquence respiratoire

Signes vitaux après le traitement

☐ Fréquence cardiaque ☐ Tension artérielle ☐ SpO2 ☐ Fréquence respiratoire

☐ Professionnels de la santé traitants :

Nom et compétences du spécialiste en assistance respiratoire : _____

Signature confirmant la présence et la stabilité du patient : _____

RAPPORT DE SURVEILLANCE PSYCHOLOGIQUE (infirmière ou médecin traitant)

État psychologique avant le traitement (joindre ou indiquer de brefs commentaires) :

État psychologique immédiatement après le traitement, fondé sur jusqu'à deux heures de surveillance (noter tout symptôme dissociatif transitoire observé – joindre ou indiquer de brefs commentaires) :

Effets indésirables pendant le traitement :

Commentaires du patient :

Renseignements sur le patient :

Nom du patient : _____

Date du traitement : _____ Traitement n° : _____

Surveillance physique et psychologique :

☐ État physique stable pendant le traitement

☐ Aucun effet indésirable ou secondaire

☐ État psychologique stable

Évaluation des effets secondaires possibles :

Autres commentaires :

Signature du fournisseur de soins : _____ Date : _____

Rapports de suivi à long terme

Nom du patient : _____ Date du rapport : _____

Temps écoulé depuis le début du traitement : _____ mois

☐ Rapport d'évaluation psychologique tapé à la machine (médecin traitant) [joindre le *Questionnaire sur la santé du patient* (PHQ-9)] : [questionnaire-phq-9.pdf](#)

Surveillance de l'effet : résultats obtenus sur le *Questionnaire PHQ-9* depuis le début du traitement :

	Résultats de référence	4 à 6 semaines	3 mois	6 mois	9 mois
Date					
Résultat obtenu sur le <i>Questionnaire PHQ-9</i>					

Résultats psychologiques additionnels (si cela s'applique) :

Bienfaits constatés et documentés lors des évaluations :

Modifications apportées au plan de traitement :

Commentaires du fournisseur de soins relativement aux progrès :

Signature du fournisseur de soins : _____ Date : _____