1 Portland Street, P.O. Box 160
Saint John, N.B. E2L 3X9
Toll-free 1 800 999-9775
Fax 506 632-2819
Web worksafenb.ca

1, rue Portland, case postale 160
Saint John NB E2L 3X9
Sans frais 1 800 999-9775
Télécopieur 506 632-2819
Web travailsecuritairenb.ca

# Examen de la thérapie par la kétamine et l'eskétamine

## 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 et l'eskétamine 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.

1 Portland Street, P.O. Box 160
Saint John, N.B. E2L 3X9
Toll-free 1 800 999-9775
Fax 506 632-2819
Web worksafenb.ca

1, rue Portland, case postale 160
Saint John NB E2L 3X9
Sans frais 1 800 999-9775
Télécopieur 506 632-2819
Web travailsecuritairenb.ca

# Examen de la thérapie par la kétamine et l'eskétamine 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 et l'eskétamine. 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 et l'eskétamine.

Nom du patient : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Nº de téléphone : _____

Nº 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 *Questionnaire PHQ-9* | | | | | |

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 : _____