

Formulaire de consentement lors d'une demande de sevrage pour un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO)

ÉTIQUETTE D'IDENTIFICATION

En cochant les cases ci-dessous et en apposant ma signature au bas de ce formulaire, je confirme que je comprends que ce choix est fait en connaissance de cause et que je suis d'accord avec les énoncés suivants :

- Je comprends que j'ai un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (dépendance aux opioïdes).
- Je comprends que selon les preuves scientifiques actuelles, le traitement de maintien par agonistes opioïdes (TAO) constitue l'option thérapeutique la plus sécuritaire et celle qui optimise au maximum les chances de rétablissement d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. La durée recommandée d'un TAO varie en fonction des circonstances et des besoins particuliers de chaque personne, mais est toujours sur le long terme.
- Je comprends que le sevrage d'opioïdes est à éviter, et que si je décide d'opter pour un sevrage, je m'expose à un risque élevé de rechute et de surdose. Une surdose peut causer des méfaits graves, notamment des lésions cérébrales, un coma ou même la mort.
- Je comprends que si je choisis un sevrage d'opioïdes, je devrais recevoir un agoniste opioïde sur plus de 30 jours et non pas effectuer un sevrage avec d'autres sortes de médicaments ou faire un sevrage à froid (*cold turkey*).
- Je comprends que la gestion du sevrage à titre d'option thérapeutique unique est contre-indiquée.
- Je comprends que si j'ai décidé d'opter pour un sevrage à décroissance lente par agoniste opioïde, je peux changer d'idée et on m'encourage à le faire pour recevoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes.
- Je comprends que le sevrage ne réglera pas mon trouble lié à l'utilisation des opioïdes. Le TUO nécessite un traitement et un accompagnement à long terme.
- Je reconnais avoir disposé de suffisamment de temps et d'occasions pour poser des questions concernant les points évoqués précédemment et je reconnais également avoir reçu des précisions et des conseils satisfaisants à cet égard.

Voici la décision que je prends actuellement :

- Je désire avoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes (TAO).**
Je consens à recevoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes prodigué par l'équipe partenaire de soins et j'ai décidé de ne pas faire un sevrage d'opioïdes.

- Je désire entreprendre un sevrage lent à l'aide d'une dose décroissante d'agonistes opioïdes sur plus de 30 jours.**
Je comprends que ce choix n'est pas la meilleure option thérapeutique. Je peux changer d'idée en tout temps et je suis encouragé à recevoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes.

- Je désire faire un sevrage d'opioïdes autrement.**
Veuillez préciser : _____
Je comprends que ce choix n'est pas une bonne option thérapeutique. Je peux changer d'idée en tout temps et je suis encouragé à recevoir un traitement de maintien par agonistes opioïdes.

Signature de la personne : _____

Date : _____

Signature d'un professionnel de la santé comme témoin : _____

Date : _____

Document inspiré de:
British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), British Columbia Ministry of Health. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder, [En ligne]. Vancouver, C.-B.; 2017 [cité le 9 janv. 2020]. Disponible à l'adresse : http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/06/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf.