

Questionnaire d'admission et de réadmission en TAOi

Date : _____ # dossier : _____

Nom : _____

Date de naissance : __/__/_____

Rencontre psychosociale prétraitement / retour en TAOi fait le :

Par :

Date et heure de la dernière dose TAOi (si réadmission): _____

Consommation d'opioïdes dans les derniers 24hrs: _____

Consommation de drogues de rue dans les derniers 24 hres: _____

Si transfert de molécule, le dosage et la DDP: _____

Si redosage, contexte et historique de l'abandon et de la reprise du TAOi?

TA : _____ / _____ PLS : _____ T° : _____

Poids : _____ Sat : _____

Test urinaire : Opioïdes : Stat O Résultat : _____

Labo

HCG urinaire Résultat : _____

Test de grossesse Résultat : _____

No. de la pharmacie : _____

↓
Signes d'intox : OUI NON

- Somnolence
- Myosis

- Ralentissement moteur
- Dépression respiratoire
- Agitation due aux stimulants
- Autres : _____

Signes de sevrage : OUI NON

- ↓
- Larmoiement
 - Mydriase
 - Diaphorèse
 - Rhinorrhée
 - Pilo-érection
 - Bâillement

Profil de consommation d'opioïdes de rue dans le **dernier mois**

Produits	Fréquence dans les 30 derniers jours	Dose moyenne quotidienne	Mode	Dernière consommation (quantité)
Héroïne				
Dilaudid				
Autres opioïdes , fentanyl				
Méthadone ou Suboxone ^{MC} de rue ou Kadian ^{MC}				

Profil de consommation des autres substances de rue dans le **dernier mois**

Produits	Fréquence dans les 30 derniers jours	Dose moyenne quotidienne	Mode	Dernière consommation (quantité)
Alcool				
Benzodiazépines				
Sédatifs				
Cocaïne				
Hallucinogènes				
Speed, ecstasy				
Cannabis				

Comportements à risques depuis l'arrêt du traitement

Partage de matériel de consommation	OUI	NON
Usage de matériel souillé pour la consommation	OUI	NON
Activités sexuelles non protégées	OUI	NON

↓
Anales Vaginales Orales

Travail du sexe : OUI → Hommes Femmes
NON

Date approx des derniers comportements à risques : _____

Test de dépistage ITSS requis : OUI NON

Problèmes de santé reliés à l'injection

Overdoses : OUI → Quelle(s) substance(s) ? : _____ Quand ? _____
NON

Phlébite O Abscess O Endocardite O Cellulite O

Examen des sites d'injection : _____

