



## Consentement au traitement par agonistes opioïdes combiné avec la prescription d'hydromorphone en comprimés (Dilaudid<sup>MC</sup>)

### Renseignements sur la personne en traitement

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
DDN : \_\_\_\_\_ # RAMQ : \_\_\_\_\_

#### Offre de traitement par agonistes opioïdes combiné avec hydromorphone :

- ✓ L'équipe de soins partenaire est disposée à offrir de l'hydromorphone en comprimés (Dilaudid<sup>MC</sup>) pendant la période de dosage du traitement usuel (méthadone, buprénorphine-naloxone/Suboxone<sup>MC</sup> ou morphine à libération lente uniguotidienne/Kadian<sup>MC</sup>) pour une stabilisation plus rapide. Il se peut également que cette option soit poursuivie à plus long terme, selon les besoins individuels des personnes et le jugement clinique des membres de son équipe.
- ✓ Cette option de traitement est proposée afin de limiter la consommation d'opioïdes provenant du marché illicite et maximiser la sécurité de la personne en traitement.

#### Mise en garde :

- ✓ Les options de traitement conventionnelles (méthadone, buprénorphine-naloxone/Suboxone<sup>MC</sup>, morphine à libération lente uniguotidienne/Kadian<sup>MC</sup>) demeurent les options de traitement reconnues et à privilégier dans le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes.
- ✓ La prescription de comprimés d'hydromorphone (Dilaudid<sup>MC</sup>) pour la consommation par injection représente une utilisation hors-indication. En d'autres mots, les comprimés n'ont pas été conçus pour être injectés.
- ✓ La consommation d'opioïdes en combinaison avec de l'alcool, d'autres dépresseurs, comme des benzodiazépines (Ativan<sup>MC</sup>, Xanax<sup>MC</sup>, etc.), du GHB, des médicaments somnifères ou des antidouleurs comporte des risques pour la santé des personnes pouvant dans certains cas, aller jusqu'à la mort.
- ✓ Il est impératif que le dialogue entre l'équipe de soins partenaire et la personne en traitement soit ouvert et transparent, notamment en ce qui a trait à la consommation d'autres substances.
- ✓ L'équipe de soins partenaire ne peut pas garantir la poursuite de la prescription combinée d'hydromorphone en comprimé lors de certaines situations, par exemple : hospitalisation, thérapies ou détention.

### Engagement de l'équipe de soins partenaire :

- ✓ L'équipe s'engage à offrir une information juste et à jour.
- ✓ L'équipe s'engage à assurer un dialogue ouvert et transparent, et à prendre en considération l'opinion de la personne en traitement dans les prises de décision. La réflexion d'offrir ce type de traitement doit toujours mettre de l'avant les bienfaits (diminution des surdoses, de la criminalité, etc.) sur les risques (complications d'injection, revente, co-ingestion avec des dépresseurs, etc.)
- ✓ Dans le cas où l'équipe observerait une détérioration de la santé physique ou mentale de la personne en traitement, des modifications au plan de traitement devront être envisagées. Il est possible dans un tel cas que la prescription soit diminuée ou arrêtée par mesure de sécurité, qu'un soutien psychosocial supplémentaire soit offert et/ou que d'autres alternatives de traitement soient explorées.

### Engagement de la personne en traitement :

- ✓ Je m'engage à informer mon équipe de soins partenaire de toutes les substances (licites comme illicites) et autres médicaments que je consomme, afin de diminuer le risque d'effets indésirables et pour assurer ma sécurité pendant le traitement.
- ✓ Toute vente ou non-respect de la prescription pourrait mener à un arrêt de la prescription combinée d'hydromorphe en comprimé, car cela pourrait mettre en danger ma sécurité et celle des autres.

#### Objectifs de traitement

En collaboration avec l'équipe de soins partenaire, des objectifs de traitement seront déterminés afin que cette option de traitement me soit la plus avantageuse possible. Ces objectifs pourront évoluer selon mes besoins et pourront être conjointement et périodiquement redéfinis.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Date de modification : \_\_\_\_\_

#### Consentement

En signant ce consentement, je certifie que je comprends les modalités de l'option de traitement qui m'est proposée, qu'on a répondu à mes questions et que je désire bénéficier du traitement qui m'est offert.

Signature de la personne en traitement : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature d'un membre de l'équipe : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_