



**Consentement au programme d'approvisionnement plus sécuritaire (*safer supply*) –  
Prescription d'hydromorphone en comprimés (Dilaudid<sup>MC</sup>)**

**Renseignements sur la personne en traitement**

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

**Prescription d'hydromorphone en comprimés (Dilaudid<sup>MC</sup>) :**

- ✓ L'équipe de soins partenaire est disposée à offrir un programme d'approvisionnement plus sécuritaire (*safer supply*) via la prescription d'hydromorphone en comprimés selon les besoins individuels de la personne qui consomme des opioïdes illicites.
- ✓ Ce programme d'approvisionnement plus sécuritaire est proposé afin de limiter la consommation d'opioïdes provenant du marché illicite et maximiser la sécurité de la personne

**Mise en garde :**

Les options de traitement conventionnelles (méthadone, buprénorphine-naloxone/Suboxone<sup>MC</sup>, morphine à libération lente unquotidienne/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 du programme d'approvisionnement plus sécuritaire 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 dans les prises de décision. La réflexion d'offrir ce type de programme 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, des modifications au programme 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 l'équipe encourage la personne à envisager un traitement par agoniste opioïdes pour sa sécurité.

#### **Engagement de la personne en suivi:**

- ✓ Je m'engage à informer mon équipe de soins partenaire de toutes les substances (licites comme illicites) ou autres médicaments que je consomme, afin de diminuer le risque d'effets indésirables et pour assurer ma sécurité pendant ma participation au programme d'approvisionnement plus sécuritaire (*safer supply*).
- ✓ Toute vente ou non-respect de la prescription pourrait mener à un arrêt de la prescription d'hydromorphone en comprimés (Dilaudid<sup>MC</sup>), car cela pourrait mettre en danger ma sécurité et celle des autres.

#### **Objectifs**

En collaboration avec l'équipe de soins partenaire, des objectifs seront déterminés afin que ma participation au programme d'approvisionnement plus sécuritaire (*safer supply*) 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 du programme d'approvisionnement plus sécuritaire (*safer supply*), qu'on a répondu à mes questions et que je désire bénéficier de ce programme.

Signature de la personne suivie : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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