

Formulaire de demande de CONSEILS SEVRAGE PROGRESSIF (gratuit)

Je soussigné(e) médecin ou patient (cocher) souhaite recevoir des conseils pour le parcours de sevrage progressif du patient ci-dessous présentant les caractéristiques suivantes :

Le patient se voit prescrire:

Le patient a reçu le médicament pour l'indication:

Le patient ne présente actuellement aucun trouble: Oui Non (cocher)

Le(s) motif(s) du sevrage progressif est/sont:

Cocher toutes les cases correspondantes :

- 1a. Facteur de risque:** dose manquée : le patient présentait déjà des symptômes de sevrage progressif après une dose manquée
 peur du sevrage progressif: le patient a peur du sevrage progressif
 échec antérieur : échec de tentatives antérieures pour arrêter le médicament
 distinction : il est nécessaire de pouvoir établir une distinction entre une rechute et des symptômes de sevrage ou un effet rebond
 métaboliseur lent : la posologie la plus faible donne déjà une concentration plasmatique élevée
 dose élevée : la posologie était supérieure à 100 % de la dose définie journalière (DDD) pendant plus de 6 mois
 démarrage : des problèmes avec l'action/les effets indésirables ont été constatés au début du traitement
 changement antérieur : le patient a changé une fois de médicaments psychotropes dans le passé
 autre

1b. Durée d'utilisation du médicament: <1 an 1 à 2 ans 2 à 5 ans 5 à 10 ans >10 ans

1c. Prise actuelle du médicament:
..... mg horaire heures posologie finale souhaitée
..... mg horaire heures posologie finale souhaitée
..... mg horaire heures posologie finale souhaitée
..... mg horaire heures posologie finale souhaitée

1d. Autre médicament par voie orale :
..... (nom) mg par jour
..... (nom) mg par jour
..... (nom) mg par jour
..... (nom) mg par jour
..... (nom) mg par jour

1e. Autres informations :

1f. Les comprimés sont la forme d'administration souhaitée Oui (cocher)

1g. Période de sevrage progressif souhaitée par le patient : MOIS (nombre)

1h. Le patient autorise le transfert d'informations avec la pharmacie locale : Oui (cocher)

Pharmacie locale :

1i. Nom de l'organisme assureur :

2. Initiales et nom du patient :
Date de naissance : .. / .. / Sexe : M / F Numéro d'identification national:
Rue et numéro :
Code postal et localité : Pays :
Adresse e-mail (**obligatoire**) : Téléphone :

3. Nom du médecin prescripteur :
Numéro d'enregistrement médical:
Rue et numéro :
Code postal et localité :
Adresse e-mail (**obligatoire**) : Téléphone :

J'atteste par la présente que toutes les informations demandées ont été fournies en toute bonne foi.

Date : Cachet du médecin
(de préférence) :

Signature du médecin ou du patient :