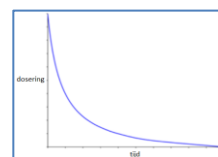


1. Un sevrage progressif est souvent nécessaire pour arrêter un médicament de façon responsable. Si l'arrêt n'est pas possible avec les posologies standards disponibles ou se solde par un échec, il est envisageable de prescrire à cet effet un médicament de sevrage progressif.
2. Un sevrage progressif peut être effectué par deux méthodes scientifiquement éprouvées:

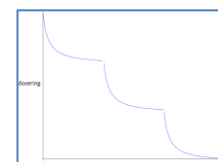
### Ashton Manual Curve

Laquelle la trajectoire est conforme à une trajectoire hyperbolique entière (petits pas vers la fin)



### Réduction hyperbolique de la dose enregistrée à la dose enregistrée.

Ce type de réduction conduit à de petits trajets hyperpoliques séparés d'une dose à l'autre.



3. **Cocher les facteurs de risque** ; durée d'utilisation ; posologie actuelle ; horaire(s) de prise
4. Saisir les **données du patient** ou coller l'étiquette où figurent le nom, l'adresse, la ville, le pays, le n° de téléphone, l'adresse e-mail (*obligatoire* pour la communication avec le patient).
5. Saisir les **données du prescripteur** ou apposer un cachet.
6. Choisir le parcours de sevrage progressif. remplissez:
  - \* *Médecine (cocher)*
  - \* *Dose initiale*
  - \* *dose finale*
  - \* *Durée souhaitée du sevrage progressif (en multiples de 28 days)*
7. **Dater et signer l'ordonnance**, apposer le(s) cachet(s) approprié(s) et envoyer cette page par fax ou par e-mail au numéro/à l'adresse figurant en haut de cette page..

Pour obtenir des conseils sur un processus sevrage progressif responsable, voir **page 2**

8. Il est important que le patient remplisse pendant le sevrage progressif le formulaire d'auto-surveillance fourni. Cette précaution aide le patient et le médecin à déterminer dans les meilleurs délais **les troubles dus à des symptômes du sevrage**. Vous pouvez contribuer à éviter une aggravation de ces troubles ou l'échec du sevrage progressif en permettant au patient de se stabiliser et/ou en prescrivant un parcours de sevrage plus progressif.

**Pour un sevrage progressif responsable les bandes suivantes sont disponibles; tous durent 28 jours**

<b>Tapering strip</b>	Bande dégressive permettant de réduire la dose journalière
<b>Bande de stabilisation</b>	Bande permettant au patient de se stabiliser à la même dose
<b>Bande de switch</b>	Bande permettant de passer et de façon responsable à un autre médicament

## Définitions

**Médicament de sevrage progressif:** médicament conçu pour permettre un sevrage progressif responsable et sécurisé des patients. Ce médicament peut être prescrit et adapté de manière souple et personnalisée. La prescription intervient sur la base d'une prise de décision partagée (*shared decision making*) et d'une (auto-)surveillance appropriée conformément aux directives existantes.

Dans une **Taperingstrip**, la dose journalière est diminuée chaque jour un peu plus pendant 28 jours, selon une courbe hyperbolique. Hyperbolique signifie que les paliers de réduction de la dose sont de plus en plus petits à mesure que le parcours de sevrage touche à sa fin. Ce modèle est important pour éviter autant que possible les symptômes de sevrage.

Un **parcours de sevrage progressif** peut se composer d'une ou de plusieurs tapering strips utilisées successivement, associées ou non à l'utilisation d'une ou de plusieurs bandes de stabilisation.

Une **bande de stabilisation** peut être prescrite pour permettre à un patient de se stabiliser s'il commence à ressentir des symptômes de sevrage gênants pendant l'arrêt progressif.

**Auto-surveillance** : le médicament de sevrage progressif est délivré avec un formulaire d'auto-surveillance que le patient doit remplir une fois par jour. Cette démarche n'est pas difficile et ne prend pas beaucoup de temps. Elle aide le patient et le médecin à voir comment se déroule le sevrage progressif. De sorte à pouvoir intervenir rapidement si le patient commence à ressentir des symptômes de sevrage gênants. Ce formulaire est important pour un suivi aussi précis que possible du sevrage progressif.

**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 :

1. Un arrêt brutal ou une diminution posologique trop rapide peut provoquer l'apparition de symptômes de sevrage. Pour les éviter, il convient de diminuer la dose progressivement, par petits paliers sur une période plus longue. C'est possible grâce aux Taperingstrips™.
2. Avec un parcours de réduction posologique progressive, basé sur une ou plusieurs Taperingstrips™, la posologie du médicament peut être diminuée progressivement à la dose inférieure souhaitée ou ramenée progressivement à zéro. En cas d'utilisation de plusieurs bandes, la posologie finale d'une bande correspond toujours à la posologie initiale de la bande suivante. Cela doit être fait pour chaque moment de prise (s'il y a plus d'une prise par jour)
3. Le prescripteur détermine avec le patient (*shared decision making*) un certain parcours de réduction posologique progressive. Il est impossible de prévoir quel schéma de réduction posologique progressive conviendra le mieux à un patient. Certains patients souffrent plus rapidement que d'autres de symptômes de sevrage. Certains patients tolèrent également mieux que d'autres les symptômes de sevrage. Le risque de survenue de symptômes de sevrage et la gravité de ceux-ci peuvent être réduits en optant pour un parcours de réduction posologique progressive plus lent.
4. Les posologies de sevrage progressif en Taperingstrips™ ne sont disponibles que sur prescription. L'ordonnance/le formulaire de commande signé tient lieu de prescription. Lorsqu'il rédige une prescription, le prescripteur doit veiller à ce que les renouvellements d'ordonnances cessent au niveau de la pharmacie locale.
5. Dans la plupart des pays, les coûts des médicaments contenus dans les Taperingstrips™ sont couverts par l'assurance maladie. Les Taperingstrips et des bandes stabilisation contiennent des médicaments pour une période fixe de 28 jours, toutes les bandes ont le même prix.
6. Dès réception du bon de commande/prescription par l'Apotheek Regenboog, nous vous enverrons une facture. Une fois que nous aurons reçu le paiement, le Taperingstrip™ sera expédié à l'adresse du domicile du patient. Le patient recevra une facture et une explication au préalable par mail.
7. Une Taperingstrip™ est une bande de 28 pochettes numérotées. Chaque pochette contient un certain nombre de comprimés qui doivent tous être pris par le patient. Le nombre de comprimés peut varier d'un jour à l'autre, il est défini de sorte que la posologie totale prise chaque jour diminue lentement.
8. Le patient commence (de préférence) le dimanche à prendre les comprimés de la première pochette de la bande portant le numéro 28-01 et termine quatre semaines plus tard, le samedi, par les comprimés de la dernière pochette portant le numéro 01-01. **Il s'agit donc d'un compte à rebours.** Le patient peut voir le nombre de jours restants sur la bande au numéro figurant sur la pochette.
9. Chaque pochette de la bandelette porte le numéro de séquence, la couleur et le dosage de chaque comprimé, le nombre total de comprimés et le nom de la pharmacie.
10. **Stabilisation:** Des bandes des stabilisation peut maintenir le patient à une dose fixe pendant une période de temps souhaitée. Une telle stabilisation peut être nécessaire si la diminution semble aller trop vite pour le patient, ou si le patient ne souhaite pas réduire la dose à zéro, mais reste à une dose inférieure optimale. Les bandes des stabilisation peut être produite à presque toutes les doses souhaitées.
11. **IMPORTANT : Un médicament de sevrage progressif en Taperingstrips™ ne remplace pas les soins habituels du médecin! Un bon accompagnement du patient pendant, mais aussi après le sevrage, est et reste important pour déceler à temps une éventuelle rechute.**

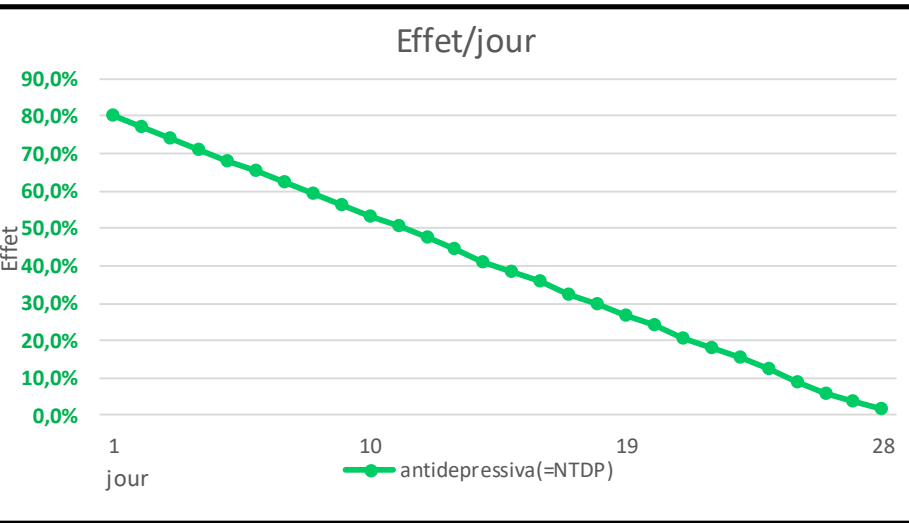
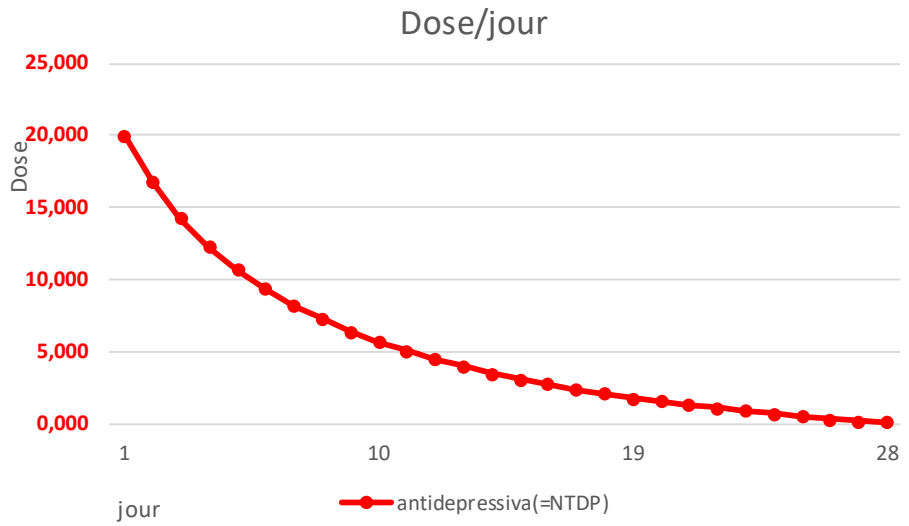
Veillez noter : Le traitement avec le Taperingstrip™ favorise la diminution progressive de la médication, réduisant au minimum les effets de sevrage. Si des effets de sevrage se produisent, ils ne seront pas aussi intenses ou prolongés que lors d'une approche de réduction progressive traditionnelle. Cela permettra au médecin traitant de reconnaître plus facilement une rechute (telle qu'un retour de la dépression ou de l'anxiété) et de distinguer à temps les effets de rechute ou de sevrage.

Il existe une différence notable dans le moment entre l'apparition des symptômes de sevrage et la rechute. Les symptômes de sevrage surviennent généralement peu ou immédiatement après le début de la réduction. La rechute survient généralement à un stade ultérieur, souvent après la fin de la réduction. Alors que les symptômes de sevrage deviennent moins graves et disparaissent avec le temps, les symptômes résultant d'une rechute ont tendance à persister et peuvent même s'aggraver.

Si vous avez des questions, ou si vous avez besoin de plus d'informations, veuillez contacter Regenboog Apotheek (Pharmacie Arc en Ciel) à [tapering@regenboogapotheek.com](mailto:tapering@regenboogapotheek.com) ou +31(0)161 745 061.

12. **Tableau Effet\*** en fonction de l'ajustement de la dose journalière à 0 mg de médicament en 28 jours.

antidepressiva(=NTDP)		
sachet	Dose (mg)	Effet
28-01	20,000	80,00%
27-01	16,800	77,12%
26-01	14,300	74,15%
25-01	12,300	71,15%
24-01	10,700	68,20%
23-01	9,400	65,33%
22-01	8,200	62,18%
21-01	7,300	59,40%
20-01	6,400	56,20%
19-01	5,700	53,32%
18-01	5,100	50,54%
17-01	4,500	47,42%
16-01	4,000	44,49%
15-01	3,500	41,23%
14-01	3,100	38,32%
13-01	2,800	35,94%
12-01	2,400	32,49%
11-01	2,100	29,62%
10-01	1,800	26,52%
09-01	1,600	24,28%
08-01	1,300	20,69%
07-01	1,100	18,08%
06-01	0,900	15,30%
05-01	0,700	12,33%
04-01	0,500	9,14%
03-01	0,300	5,72%
02-01	0,200	3,88%
01-01	0,100	1,99%



\* « L'effet » montre le degré d'occupation (en pourcentage) du récepteur sur lequel agit le médicament en fonction de la dose journalière, de la posologie enregistrée la plus faible à 0 mg. Le changement d'effet doit se faire **aussi progressivement que possible**, afin d'éviter au maximum les manifestations cliniques dues au sevrage. Ce résultat est obtenu en diminuant toujours un peu plus la dose journalière dans la bande selon une courbe hyperbolique. Hyperbolique signifie que les paliers de réduction de la dose sont de plus en plus petits à mesure que le parcours de sevrage touche à sa fin.

## Explication des comprimés dans une trajectoire hyperbolique

**Accumuler:** Augmentation de la posologie → commencer par le sachet 01-01  
**Reduire:** Réduction de la posologie → commencer par le sachet 28-01

Accumuler	Calendriers de réduction	Sachet N°	NTDP mg	20 mg	10 mg	5 mg	2 mg	1 mg	0,5 mg	0,2 mg	0,1 mg
Saturday/samedi	Sunday/dimanche	28-01	20	1							
Friday/vendredi	Monday/lundi	27-01	16,8		1	1		1	1		3
Thursday/jeudi	Tuesday/mardi	26-01	14,3		1		2			1	1
Wednesday/mercredi	Wednesday/mercredi	25-01	12,3		1		1			1	1
Tuesday/mardi	Thursday/jeudi	24-01	10,7		1				1	1	
Monday/lundi	Friday/vendredi	23-01	9,4			1	2			2	
Sunday/dimanche	Saturday/samedi	22-01	8,2			1	1	1		1	
Saturday/samedi	Sunday/dimanche	21-01	7,3			1	1			1	1
Friday/vendredi	Monday/lundi	20-01	6,4			1		1		2	
Thursday/jeudi	Tuesday/mardi	19-01	5,7			1			1	1	
Wednesday/mercredi	Wednesday/mercredi	18-01	5,1			1					1
Tuesday/mardi	Thursday/jeudi	17-01	4,5				2		1		
Monday/lundi	Friday/vendredi	16-01	4				2				
Sunday/dimanche	Saturday/samedi	15-01	3,5				1	1	1		
Saturday/samedi	Sunday/dimanche	14-01	3,1				1	1			1
Friday/vendredi	Monday/lundi	13-01	2,8				1		1	1	1
Thursday/jeudi	Tuesday/mardi	12-01	2,4				1			2	
Wednesday/mercredi	Wednesday/mercredi	11-01	2,1				1				1
Tuesday/mardi	Thursday/jeudi	10-01	1,8					1	1	1	1
Monday/lundi	Friday/vendredi	09-01	1,6					1	1		1
Sunday/dimanche	Saturday/samedi	08-01	1,3					1		1	1
Saturday/samedi	Sunday/dimanche	07-01	1,1					1			1
Friday/vendredi	Monday/lundi	06-01	0,9						1	2	
Thursday/jeudi	Tuesday/mardi	05-01	0,7						1	1	
Wednesday/mercredi	Wednesday/mercredi	04-01	0,5						1		
Tuesday/mardi	Thursday/jeudi	03-01	0,3							1	1
Monday/lundi	Friday/vendredi	02-01	0,2							1	
Sunday/dimanche	Saturday/samedi	01-01	0,1								1
				1	4	7	16	9	11	20	16

Après avoir rempli cette page, numérisez-la et envoyez-la par e-mail à tapering@regenboogapotheek.com ou faxez-le au +31 85-2736129 (les deux canaux sont sécurisés).

## ORDONNANCE



(Le médicament sera expédié une fois le paiement reçu.)

Durée d'utilisation du médicament :  <1 an  1-2 ans  2-5 ans  5-10 ans  >10 ans

Facteur de risque :  dose oubliée  réduction de l'anxiété  échec précoce  distinction  métaboliseur lent  dose initiale élevée

Initiales et nom du patient\*:

date de naissance (JJ-MM-AAAA)\*: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Securité sociale non: \_\_\_\_\_

Sexe\*:  M  F

Rue et numéro de maison\*:

Code postal et résidence\*:

Adresse e-mail\*:

Pharmacie locale:

Téléphone: \_\_\_\_\_

ou coller une étiquette

Le patient donne l'autorisation de recevoir les médicaments de la pharmacie Regenboog\*  Qui

Le patient donne son consentement au transfert d'informations avec la pharmacie locale\*  Qui

Nom du médecin prescripteur\*:

Numéro d'enregistrement du médecin:

Rue et numéro de maison\*:

Code postal et résidence\*:

Adresse e-mail\*:

Téléphone\*:

Date (JJ-MM-AAAA)\*: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Médecin en timbre

signature Médecin\*:

Administrar le médicament avec une baisse de dose hyperbolique ou  une baisse de dose linéaire.

Nous enverrons le médicament au patient si le médicament n'est pas un médicament contrôlé.

### \* obligatoire

Remplissez les colonnes ROUGES

Médicine à boîte croisée	Médicine (mg)	DDD	Dose (augmenter/réduire/stabiliser)				Durée totale de réduction		Période de dégressivité moyenne à partir de DDD→0	Ajustement de période à + ou - ½DDD***
			La plus petite dose du marché (mg)	Dose la plus faible dans la bandelette (mg)	Dose de départ (mg)	Dose finale (mg)	Nombre de bandes	Nombre de jours par bande		
<input type="checkbox"/>	agomelatine	25	25	1				x28 jours	2 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	amitriptyline	75	10	0,1				x28 jours	3 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	amitriptyline_retard	75	25	25				x28 jours		+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	bupropion	300	150	5				x28 jours	2 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	citalopram	20	10	0,1				x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	clomipramine	100	10	0,5				x28 jours	3 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	duloxetine_ec	60	30	1			en développement (3-12 m)		4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	escitalopram	10	5	0,1				x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	fluoxetine	20	20	0,1				x28 jours	3 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	fluvoxamine	100	50	2,5				x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	lithium	200	200	5				x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	lithium_retard	200						x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	mirtazapine	30	15	0,1				x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	moclobemide	300	150	2,5				x28 jours	3 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	nortriptyline	75	10	0,1				x28 jours	3 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	paroxetine	20	10	0,1				x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	sertraline	50	50	1				x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	tranylcypromine	60	20	1				x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	trazodon	300	50	1			en développement (3-12 m)		2 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	venlafaxine_retard	75	37,5	0,5				x28 jours	4 x 28 jours	+/-28 jours
<input type="checkbox"/>	vortioxetine	10	5	0,1			en développement (3-12 m)		2 x 28 jours	+/-28 jours
Veuillez inclure dans l'assortiment										

\*\*\* Si le posologie est supérieur au DDD: Ajouter une Taperingstrip par ½ DDD.

\*\*\* Si le posologie est inférieur au DDD: Retirer une Taperingstrip par ½ DDD.



J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137  
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

KWITANTIE VOOR: DATUM: xx-xx-xxxx

E Example  
 Brigidastraat 12  
 4854 CT Bavel

Arts	Zi-nr	Omschrijving	Materiaal	Tarief WMG	Bijbet.	Prestatiekoppelnr	Bedrag	BTW
Betreft E Example, 01-01-2001/V BSN:			(Invoice for Insurance Company)					
S/SPBUI		1ST Medication Tapering 28 days		95,00		VRB03407100230623	95,00	0,00

**FRR03407**

Voorschrift van:

H = Huisarts HS = Huisarts op advies specialist  
 S = Specialist HV = Handverkoop  
 V = Verloskundige P = Psychiater / Neuroloog  
 T = Tandarts

Bank NL70RABO039.50.37.679  
 KvK 20060757  
 BTW NL0087.63.914.B.01

RECEPTNUMMER

TE BETALEN

37022099P/FRB03407

95,00

Algemene Verkoop- en Betalingsvoorwaarden zijn op 1 februari 2009 gedeponereerd bij de Kamer van Koophandel Haaglanden te 's-Gravenhage (HR 40 409 373)

J.C. van Vliet, A. Römers-van den Berg, apothekers Tel: (0161) 437 137  
 Brigidastraat 12, 4854 CT Bavel Fax: (0161) 437 138

**Data of pharmacy and Registered Pharmacists**

E Example  
 Brigidastraat 12  
 4854 CT Bavel

**Personal data of patient (address)**

**FRR03407** & 37022099P/FRB03407

**Invoice number**

Bank NL70RABO039.50.37.679

**IBAN**

KvK 20060757

**Registration number Chamber of Commerce**

NEDERLANDS	ENGLISH	DEUTSCH	FRANCAIS
Kwitantie	Receipt	Quittung	Reçu
Datum	Date	Datum	Date
Arts	Physician	Arzt	Médecin
Zi-nr	Medicine number	Medikamentennummer	Numéro de médicament
Omschrijving	Description medication	Beschreibung	Description
Tarief WMG	Rate	Rate	Taux
Prestatiekoppelnr.	Correlated handling no.	Leistungszahl	Numéro de prestation
Bedrag	Amount	Menge	Montant
BTW	VAT	MwSt	T.V.A.
Te betalen	To pay	Zu zahlen	à payer