

**SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Le médecin cantonal  
20, faubourg des Capucins  
CH-2800 Delémont

t 032 420 51 33  
f 032 420 51 21  
jean-luc.baierle@jura.ch

**DEMANDE INITIALE**

**DEMANDE D'AUTORISATION POUR LA PRESCRIPTION DE STUPEFIANTS  
A UNE PERSONNE DEPENDANTE**

<p><b>Identité du patient</b></p> <p><b>Date de la première consultation</b></p> <p>____/____/____</p>	<p>Nom: _____ Nationalité: <input type="checkbox"/> suisse <input type="checkbox"/> italienne</p> <p>Prénom: _____ <input type="checkbox"/> espagnole <input type="checkbox"/> allemande</p> <p>Adresse: _____ <input type="checkbox"/> autrichienne <input type="checkbox"/> française</p> <p>NPA/Localité: ____ / _____ <input type="checkbox"/> portugaise <input type="checkbox"/> yougoslave et ex-yougoslave</p> <p>Date de naissance: ____ / ____ / 19 ____ <input type="checkbox"/> inconnue</p> <p>Sexe: <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> autre: _____</p> <p>Etat-civil: <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> séparé/e <input type="checkbox"/> divorcé/e <input type="checkbox"/> veuf/ve <input type="checkbox"/> inconnu</p>																																																																																																																							
<p><b>Traitement chez: Médecin traitant / Institution</b></p>	<p>Nom: _____ Institution: _____</p> <p>Prénom: _____ Rue : _____</p> <p>NPA/Localité: ____ / _____ Tél.: _____ Fax: _____</p>																																																																																																																							
<p><b>Traitement de substitution</b></p>	<p><b>Produit de substitution:</b> _____</p> <p><b>Dose (mg):</b> ____ <b>Fréq.:</b> ____ par jour <b>Remise du produit:</b> ____ par semaine</p>																																																																																																																							
<p><b>Modalités de remise du produit</b></p>	<p><b>Adresse du lieu de remise du produit de substitution</b></p> <p><input type="checkbox"/> médecin/service médical <input type="checkbox"/> pharmacie <input type="checkbox"/> service psycho-social <input type="checkbox"/> autre</p> <p>Nom: _____ Tél: _____</p> <p>Prénom: _____ Fax: _____</p> <p>Adresse: _____ NPA/Localité: ____ / _____</p>																																																																																																																							
<p><b>Médication supplémentaire</b></p>	<p><b>Groupes thérapeutiques</b></p> <p><input type="checkbox"/> benzodiazépines <input type="checkbox"/> analgésiques</p> <p><input type="checkbox"/> neuroleptiques <input type="checkbox"/> antidépresseurs</p> <p><input type="checkbox"/> antiépileptiques <input type="checkbox"/> autres tranquillisants/somnifères</p>																																																																																																																							
<p><b>Consommation de drogue à l'entrée en cure</b></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">Consommation quotidienne</th> <th colspan="3">Mode de consommation</th> <th rowspan="2">Age au début de la consommation</th> </tr> <tr> <th></th> <th>2-6 par semaine</th> <th>1, ou moins par semaine</th> <th>pas le dernier mois</th> <th>inconnue</th> <th>i.v.</th> <th>oral</th> <th>fumé ou inhalé</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alcool</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Amphétamines/Ecstasy</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Benzodiazépines</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cannabis</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Codéine</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hallucinogènes</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Héroïne</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Cocaïne</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Méthadone illégale</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Autre: _____</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Voie intraveineuse</b> Consommation i.v.: <input type="checkbox"/> oui, depuis ____ année(s) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnue</p>		Consommation quotidienne					Mode de consommation			Age au début de la consommation		2-6 par semaine	1, ou moins par semaine	pas le dernier mois	inconnue	i.v.	oral	fumé ou inhalé		Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Amphétamines/Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Benzodiazépines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Méthadone illégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Autre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Consommation quotidienne					Mode de consommation			Age au début de la consommation																																																																																																															
	2-6 par semaine	1, ou moins par semaine	pas le dernier mois	inconnue	i.v.	oral	fumé ou inhalé																																																																																																																	
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															
Amphétamines/Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															
Benzodiazépines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															
Codéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															
Hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															
Héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															
Cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															
Méthadone illégale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															
Autre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																																																																																															

