

SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUELe médecin cantonal
20, faubourg des Capucins
CH-2800 Delémontt +41 32 420 51 33
f +41 32 420 51 21
jean-luc.baierle@jura.ch**TBS - Traitements basés sur la substitution****DEMANDE D'AUTORISATION DE PRESCRIPTION DE BENZODIAZÉPINE / BARBITURIQUE**

- Les TBS peuvent être prescrits par tout médecin autorisé à pratiquer dans le Canton; ils sont soumis à autorisation individuelle.
- Une approche en réseau interdisciplinaire doit être privilégiée. Des contacts tripartites sont possibles et souhaitables pour les personnes suivies conjointement par trans-AT / Clos-Henri et par leur médecin traitant.
- Le médecin cantonal, le réseau MedRoTox et la Fondation Dépendances sont à la disposition des praticiens pour leur apporter aide, conseils et formation.
- La Fondation Dépendances est le centre médicalisé de référence; son rôle est également d'assurer le suivi en TBS des situations les plus complexes et difficiles.
- Tout transfert de TBS de la Fondation Dépendances vers un médecin praticien fera l'objet d'une évaluation avant tout octroi d'autorisation de prescription.
- Toute prescription de médication psychotrope à une personne en TBS ne peut être faite que par le médecin traitant autorisé.
- Toute prescription de benzodiazépine et/ou de barbiturique qui dépasse la posologie habituelle maximale définie dans le Compendium suisse des médicaments est soumise à autorisation cantonale au sens de l'art 15a de la LStup.
- Rappelons que les benzodiazépines et/ou barbituriques, en tant que substances psychotropes engendrant la dépendance, sont assimilés aux stupéfiants au sens de l'art. 1, al. 3, let c de la LStup.
- Tout médecin ou pharmacien qui constate une irrégularité dans ce domaine est tenu d'en aviser la pharmacienne cantonale ou le médecin cantonal.

Identité du patient :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ Lieu : _____
Date de naissance : _____
est suivi TBS : Méthadone Dosage : _____
 Buprénorphine _____
 Autre(s) : _____

Prescription benzodiazépine / barbiturique :

Nom de la/des substance(s) : _____ Posologie quotidienne : _____
(benzodiazépine / psychotrope / barbiturique)

Médecin prescripteur / Institution :

Nom, prénom : _____
Adresse, NPA, Lieu : _____
Lieu, date : _____

Timbre/signature :

**AUTORISATION MEDECIN CANTONAL**

Delémont, le _____

Timbre / signature
médecin cantonal : _____