

**Clinique de prise en charge sur recommandation – Yukon**

210, rue Elliott

C.P. 2703 – H-2RCC, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Téléphone : 867-668-2552 • Télécopieur : 867-668-2565

{Apposer l'étiquette d'identification du patient ici}

Je soussigné<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ comprends que je reçois un ou des médicaments contrôlés prescrits par \_\_\_\_\_ **médecin** ou **infirmière praticienne** à la Clinique de prise en charge sur recommandation (Yukon).

*Les médicaments contrôlés sont des substances faisant l'objet d'une ordonnance particulière et d'une surveillance étroite car susceptibles de nuire à la santé ou même de causer la mort s'ils sont mal utilisés ou si le patient développe une dépendance.*

**Ma responsabilité en tant que patient :**

Je comprends et j'accepte les conditions selon lesquelles le ou les médicaments contrôlés (ci-après « les médicaments ») sont prescrits.

1. Seuls les professionnels de la santé dont les noms apparaissent ci-dessus sont habilités à me prescrire les médicaments. Je ne tenterai pas d'obtenir des médicaments contrôlés auprès d'autres personnes.
2. Je respecterai la posologie (dose et fréquence de prise) des médicaments contrôlés prescrits par le professionnel de la santé.
3. Je ne donnerai ou ne vendrai pas mes médicaments à quiconque, y compris à des membres de ma famille. Je n'accepterai aucun médicament contrôlé offert par quiconque.
4. Je ne prendrai pas de produits contenant des opioïdes en vente libre ou d'autres médicaments contrôlés comme le 222, le Tylénol n° 1 ou autres.
5. Je comprends que si, pour quelque raison (perte du produit, dépassement de dose, etc.), je viens à manquer de médicament plus tôt que prévu, les professionnels de la santé ci-dessus ne me prescriront pas de médicaments supplémentaires. Je ne pourrai donc pas obtenir de médicaments prescrits avant la date de renouvellement de mon ordonnance.
6. Je me procurerai tous mes médicaments prescrits dans une seule pharmacie : \_\_\_\_\_  
NOM DE LA PHARMACIE
7. Je conserverai en permanence mes médicaments en lieu sûr.
8. Je consens à passer, au besoin, un test aléatoire (éventuellement en présence d'une personne) de dépistage de drogues dans l'urine aux fins de surveiller le dosage des médicaments contrôlés et d'assurer un suivi des ordonnances, et à fournir sur demande un échantillon d'urine dans les 24 heures.
9. J'accepte d'apporter, sur demande, mes médicaments à la clinique pour un décompte aléatoire.
10. Je suis conscient que l'usage de ces médicaments, en particulier au début de leur administration ou lors de l'augmentation de la dose, peut provoquer une dépression respiratoire (interruption de la respiration) grave, voire fatale. Je comprends que le fait de prendre ces médicaments par une voie d'administration différente de celle indiquée (ex. par mastication, inhalation ou injection) peut modifier leur action et entraîner une surdose pouvant causer la mort. Je suis aussi conscient que la prise des médicaments avec de l'alcool ou d'autres substances à même de provoquer une dépression respiratoire (notamment des opioïdes et des benzodiazépines) peut également entraîner une surdose pouvant être mortelle.

**Les responsabilités de mon fournisseur de soins :**

À titre de fournisseur, je m'engage à vérifier régulièrement l'action des médicaments et à examiner votre plein profil pharmaceutique afin de pouvoir vous prescrire des ordonnances sans risque et surveiller les interactions médicamenteuses. Je m'engage également à vous fournir des soins primaires même après que vous aurez cessé de prendre les médicaments.

Je comprends que le non-respect des conditions ci-dessus peut compromettre ma santé. Dans ce cas, les fournisseurs de soins de la Clinique prendront des mesures et, au besoin, modifieront ma médication pour assurer ma protection. Ils pourraient notamment interrompre l'administration des médicaments contrôlés, en réduire la dose ou modifier ma médication. Le présent accord est valide pour toute la durée de ma prise en charge par la Clinique.

Signature du patient : \_\_\_\_\_

Date : AAAA/MM/JJ

Signature du professionnel de la santé : \_\_\_\_\_

Date : AAAA/MM/JJ