

DÉPARTEMENT DES FINANCES  
ET DE LA SANTÉ  
SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
MEDECIN CANTONAL

**Contrat thérapeutique pour le traitement de substitution par des stupéfiants et/ou psychotropes off label use (benzodiazépines)**

**NOM :**

Date d naissance :

Adresse complète :

Téléphone :

**PRENOM :**

J'atteste avoir été informé par mon médecin traitant des directives du médecin cantonal relatives à prescription d'un traitement de substitution aux opiacés ou/et aux psychotropes prescrits à des doses off label use (notamment les benzodiazépines).

J'ai pris connaissance que ces directives ont été établi dans le cadre de l'application de la loi fédérale des stupéfiants, et que le non-respect est une infraction à cette loi.

Dans le cadre de mon traitement de substitution, je m'engage librement et formellement à respecter les points suivants :

1.- à suivre scrupuleusement la prescription de mon médecin traitant, à ingérer mes doses de stupéfiants sous surveillance et à respecter l'horaire défini,

2.- à me rendre régulièrement et ponctuellement à l'endroit convenu avec mon médecin traitant pour recevoir ma dose de stupéfiant (év. psychotropes) et éventuellement une médication complémentaire,

3.- je suis conscient que la consommation d'alcool ou d'autres médicaments non prescrits par mon médecin traitant peuvent entraîner des interactions néfastes et des effets non désirables. Je m'engage à informer mon médecin traitant de tout autre traitement médicamenteux que je pourrais recevoir d'un autre médecin,

4.- à accepter un contrôle d'urine ou sanguin lorsque mon médecin traitant le demande,

5.- à ne pas remettre de stupéfiants ou autre psychotrope (benzodiazépine) à un tiers,

6.- à me rendre régulièrement au RDV fixé par mon médecin,

7.- à annoncer suffisamment l'avance mes absences ou vacances m'empêchant de me présenter pour recevoir mon traitement de substitution,

8.- si mon traitement est dispensé dans une pharmacie, à suivre les consignes du pharmacien et de ses auxiliaires,

9.- je prends acte qu'en aucun cas les doses de stupéfiants ou psychotropes remises ne seront remplacées, (perte, vol. doses vomies etc.),

10.- je prends acte que le trafic des stupéfiants ou de médicaments psychotropes, qu'un comportement violent ou que la non observance des points mentionnés ci-dessus peut avoir comme conséquence une rupture du contrat thérapeutique et l'arrêt du traitement de substitution.

Signature patient(e)

Signature et sceau du médecin traitant

Lieu, date

Lieu, date

Si dispensation en pharmacie, signature et sceau du pharmacien(ne) responsable

Lieu, date