



Demande¹ d'autorisation délivrée au patient pour un traitement avec prescription de diacétylmorphine

(Art. 3e LStup²) (soumettre uniquement à hegebe@hin.ch)

<input type="checkbox"/> Première demande	<input type="checkbox"/> Demande de renouvellement
<p>Les critères d'admission fixés à l'art. 10 OASup³ sont remplis :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. avoir 18 ans révolus; b. être gravement dépendant à l'héroïne depuis deux ans au moins; c. avoir suivi sans succès ou interrompu au moins deux fois une autre thérapie ambulatoire ou résidentielle reconnue; et d. présenter des déficits de nature psychique, physique ou sociale. <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Traitement avec prescription de produits de substitution en cours:</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, arrêté au</p>	<p>Les conditions pour un renouvellement de l'autorisation au sens de l'art. 21, al. 3 OASup sont encore remplies:</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<input type="checkbox"/> Si une ou plusieurs des conditions susmentionnées ne sont pas remplies et que la demande est maintenue, veuillez fournir les informations complémentaires sur une feuille séparée (cf. art. 10, al. 2 OASup).	
Le médecin déposant la demande dispose d'une autorisation délivrée au sens de l'art. 18 OASup, valable pour la durée de l'autorisation délivrée au patient.	
Le centre de traitement dispose d'une autorisation délivrée à l'institution au sens de l'art. 16 OASup, valable pour la durée de l'autorisation délivrée au patient.	

Informations pour l'autorisation délivrée au patient (art. 3e LStup, art. 9, 10, 16, 18, 21 OASup)

Nom et prénom du patient

Date de naissance du patient masculin féminin

¹ Pour remplir le formulaire de demande ou renouveler une demande, se référer aux directives du manuel HeGeBe du 10.11.2015

² Loi sur les stupéfiants (RS 812.121)

³ Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants (RS 812.121.6)

Lieu d'origine du patient

Adresse du patient

Centre de traitement

Durée prévue pour le traitement; du au

**La direction médicale
du centre de traitement:**

Le médecin cantonal:
(seulement pour la première demande)

Date

Date

Tampon et signature de la
direction médicale du centre de traitement

Tampon et signature du
médecin cantonal

-► Les signataires attestent par leur signature la véracité des informations fournies.

- Si une autorisation est accordée, veuillez utiliser la partie inférieure de ce formulaire pour déclarer à l'OFSP la fin ou le transfert du traitement.

- Veuillez communiquer la fin du traitement à **Addiction Suisse** à l'aide du formulaire de sortie.

<p>Fin de traitement</p> <p>Le centre de traitement</p> <p>.....</p> <p>Date</p> <p>Cachet et signature du médecin traitant</p>

<p>Traitement transféré le</p> <p>Nouveau centre de traitement</p> <p>.....</p> <p>Date</p> <p>Cachet et signature du médecin traitant</p>
--