



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

(Art. 3e, al. 3 LStup¹ et 21 OASup²) (à envoyer 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, al. 1 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; etd. 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. 1 et 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, en particulier en quoi il s'agit d'un cas exceptionnel justifié (cf. art. 10, al. 2 OASup).	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> L'institution 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. 3^e, al. 3 LStup, art. 10ss, 21 OASup)

Nom et prénom du patient

¹ Loi sur les stupéfiants (RS 812.121)

² Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants (RS 812.121.6)

Date de naissance du patient : masculin féminin

Lieu d'origine du patient :

Adresse du patient :

Nom et adresse du médecin traitant :

Institution de traitement :

Durée prévue pour le traitement (maximum 5 ans) : du au

**Médecin traitant
de l'institution de traitement:**

Le médecin cantonal:
(seulement pour la première demande)

Date :

Date :

Tampon et signature de la
direction médicale de l'institution 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.

- La fin du traitement doit être communiquée à **Addiction Suisse** à l'aide du formulaire de sortie (depuis 2018 Gerard Gmel, ggmel@addictionsuisse.ch, Addiction Suisse, Lausanne).

Fin de traitement
L'institution de traitement
.....
Date

Traitement transféré le
Nouvelle institution de traitement
.....
Date