Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Annonce de délégation dans le cadre d'un traitement avec prescription de diacétylmorphine (art. 14*a* OAStup)[1]

Indications concernant l'annonce d'une délégation de l'administration et/ou de la remise de diacétylmorphine à une institution externe appropriée (art. 3*e*, al. 3 LStup, art. 10ss, 14*a* OAStup)

Patient

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Adresse :

En possession d'une autorisation délivrée au patient au sens de l'art. 21 OAStup valable jusqu'au

Institution de traitement

Nom :

Adresse :

Nom et prénom du médecin responsable prescripteur:

L'institution externe appropriée (nom et adresse) :

représentée par la personne responsable :

Email :

No tél. :

[1] Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants (RS 812.121.6)

L'institution de traitement annonce déléguer l'administration et/ou la remise de diacétylmorphine à cette institution externe appropriée pour la patiente / le patient susmentionné selon les modalités suivantes (date de début, causes, actes délégués, modalité de contrôle, visite de l'institution de traitement, etc.) (art. 14*a* OAStup) :

Le médecin traitant prescripteur dispose d'une autorisation délivrée au médecin au sens de l'art. 18 OAStup, valable pour la durée de l'autorisation délivrée au patient.

Oui ☐ Non ☐

L'institution de traitement dispose d'une autorisation délivrée à l'institution au sens de l'art. 16 OAStup, valable pour la durée de l'autorisation délivrée au patient.

Oui ☐ Non ☐

L'institution externe a donné son accord à la délégation.

Oui ☐ Non ☐

Le médecin traitant s'est assuré que l'institution externe a reçu les informations et instructions adéquates suivantes de la part de l'institution de traitement :

Le médecin traitant s'est assuré que l'institution externe dispose d'un personnel qui a été suffisamment formé de la manière suivante :

Le médecin traitant s'est assuré que l'institution externe et dispose des locaux et des infrastructures adaptées suivants :

Le médecin traitant a informé le pharmacien et le médecin cantonal de la présente délégation :

Médecin traitant de l'institution de traitement :

Nom

Date

Tampon et signature

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

Personne responsable de l'institution externe :
(Nom/prénom (en caractères d'imprimerie)

Nom

Date

Tampon et signature

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

à envoyer à hegebe@hin.ch