Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Demande d'autorisation délivrée au patient pour un traitement avec prescription de diacétylmorphine (Art. 3*e*, al. 3 LStup[1] et 21 OAStup[2])

Informations pour l'autorisation délivrée au patient (art. 3*e*, al. 3 LStup, art. 10ss, 21 OAStup)

Patient

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

Sexe : masculin ☐ féminin ☐

Lieu d'origine :

Adresse :

Institution de traitement

Nom et adresse du médecin traitant :

Institution de traitement :

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

☐ **Première demande**

Les critères d'admission fixés à l'art. 10, al. 1 OAStup sont remplis :

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;
d. et présenter des déficits de nature psychique, physique ou sociale.

oui ☐ non ☐

Traitement avec prescription de produits de substitution en cours:

arrêté au :

oui ☐ ☐

non ☐

☐ **Demande de renouvellement**

Les conditions pour un renouvellement de l'autorisation au sens de l'art. 21, al. 1 et 3 OAStup sont encore remplies:

oui ☐ non ☐

☐ 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 OAStup).

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

☐ 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.

[1] Loi sur les stupéfiants (RS 812.121)
[2] Ordonnance relative à l'addiction aux stupéfiants (RS 812.121.6)

Médecin traitant de l'institution de traitement :

Nom

Date

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

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

Le médecin cantonal :
(seulement pour la première demande)

Nom

Date

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 (Florian Labhart, flabhart@addictionsuisse.ch, Addiction Suisse, Lausanne).

Fin de traitement L'institution de traitement

Nom

Date

Tampon et signature du médecin traitant

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

Nouvelle institution de traitement

Nom

Date

Tampon et signature du médecin traitant

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

à envoyer à hegebe@hin.ch