



PHARMACODEPENDANCE
(ADDICTOVIGILANCE)

**Déclaration obligatoire d'un cas de
pharmacodépendance grave ou d'abus grave
d'une substance, plante, médicament ou tout autre
produit ayant un effet psychoactif mentionné à
l'article R.5132-98 du code de la santé publique**
Articles R. 5132-97 à R. 5132-116 du code de la santé publique

DECLARATION A ADRESSER A :
Dr Maryse Lapeyre-Mestre
Centre d'Evaluation et d'Information sur
la Pharmacodépendance (CEIP)
Service de Pharmacologie Clinique
Faculté de Médecine - 37, allées Jules
Guesde - 31000 Toulouse
T. 05 62 26 06 90 Fax 05 61 14 59 28
ceip.addictovigilance@chu-toulouse.fr

Praticien déclarant :

DATE :

Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, informatisées et communiquées au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Le droit d'accès du patient s'exerce auprès du centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance auquel a été notifié le cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave, par l'intermédiaire du praticien déclarant ou de tout médecin déclaré par lui. Le droit d'accès du praticien déclarant s'exerce auprès du centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance auquel a été notifié le cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978.

Motif de la déclaration (substance(s) et problème(s) identifiés :

.....

.....

PATIENT

Nom (3 premières lettres) Prénom (1ère lettre) Département de résidence

Age réel/estimé ans Sexe F M Poids : Taille :

(barrer la mention inutile)

Activité professionnelle Oui (y compris lycéens, étudiants) Préciser :.....
Non Préciser :.....

Situation familiale : Seul Entouré Enfants à charge

Conséquences négatives de la consommation sur la vie professionnelle, familiale ou sociale (tensions , avertissement, signalement, isolement, rupture, perte d'emploi...):

- Désir d'arrêt : oui non

- Antécédents médicaux, sérologiques, psychiatriques, etc :

- Antécédents d'abus ou de dépendance : (préciser antécédents : consommation d'alcool ; tabac ; opiacés ; cannabis ; stimulants ; etc... quantités consommées par jour et ancienneté)

- Tentatives antérieures d'arrêt (dates, modalités, évolution):

Obligation de déclaration :

Article R. 5132-114 du code de la santé publique : "Le médecin, chirurgien dentiste ou la sage-femme ayant constaté un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave d'une substance, plante, médicament ou autre produit mentionné à l'article R. 5132-98, en fait la déclaration immédiate, au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté."

"De même, le pharmacien ayant eu connaissance d'un cas de pharmacodépendance grave ou d'abus grave de médicament, plante ou autre produit qu'il a délivré, le déclare aussitôt au centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté."

"Tout autre professionnel de santé ou toute personne dans le cadre de son exercice professionnel ayant eu connaissance d'un tel cas peut également en informer le centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance sur le territoire duquel ce cas a été constaté."

Médicaments (1) ou autres produits à usage problématique :

Nom	Voie d'administration (2)	Dose (3)	Date de début	Date de fin	Motif de prise (effets recherchés)	Mode d'obtention (4)	Tolérance (5)	Temps passé pour l'obtention, la consommation (6)	Commentaires

(1) y compris traitements de substitution

(2) préciser voie orale, IV, nasale, inhalation, autre

(3) préciser la quantité moyenne par prise, par jour ou par semaine si consommation occasionnelle. Noter si augmentation récente de la dose prise (6 derniers mois)

(4) prescription, ordonnance falsifiée ou volée, exagération des symptômes pour obtenir le médicament, rue (deal), vol, autre...

(5) diminution de l'effet si utilisation de la même dose, ou augmentation des doses pour obtenir le même effet qu'au début

(6) pour les médicaments, évaluer en comparant à celui nécessaire dans le cadre d'un usage recommandé : dire si le patient consulte plusieurs médecins et/ou s'il obtient le médicament dans plusieurs pharmacies

Description des circonstances et conséquences (signes cliniques, durée, examens complémentaires, recherche de produits (sang, urine, autre), traitement effectué...) :

Gravité/Evolution:

- Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation, préciser date : du / / au / /
- Incapacité ou invalidité permanente
- Mise en jeu du pronostic vital
- Décès, préciser date : / /
- Autre.....

Autres médicaments pris sans usage problématique (nom, posologie et ancienneté) :

A qui déclarer (liste des CEIP, tel, départements de la zone d'activité) <http://ansm.sante.fr/> :

BORDEAUX	CAEN	CLERMONT-FERRAND	GRENOBLE	LILLE	LYON	MARSEILLE	MONTPELLIER	NANCY	NANTES	PARIS	POITIERS	TOULOUSE
24, 33, 40, 47, 64, 971, 972, 973, 974, 976	14, 22, 27, 29, 35, 50, 56, 61, 76	03, 15, 43, 63	01, 07, 26, 38, 73, 74	02, 59, 60, 62, 80	42, 69	04, 05 06, 13, 2A, 2B, 83 84	11, 30, 34, 48, 66	08, 10, 21, 25, 39, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 67, 68, 70, 71, 88, 89, 90	44, 49, 53, 72, 85	18, 28, 36, 37, 41, 45, 75, 77, 78, 91, 92, 93, 94, 95	16, 17, 19, 23, 79, 86, 87	09, 12, 31, 32, 46, 65, 81, 82