

MÉTHADONE

Questionnaire pour une demande d'exemption



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

1. IDENTIFICATION

En lettres moulées, s.v.p.

Demandeur	Nom :	Prénom :	
Permis #		Spécialité	
Adresse principale d'utilisation de l'exemption	(Institution et local, s'il y a lieu)		
Téléphone			
Télécopieur			
Courriel			
Adresse de correspondance (si différente)			

2. EXEMPTION

Catégorie	Analgésie <input type="checkbox"/>	Dépendance <input type="checkbox"/>
Type d'exemption (un choix)	Nouvelle <input type="checkbox"/>	Continuation <input type="checkbox"/>
	Cessation <input type="checkbox"/>	

3. QUALIFICATIONS ET EXPÉRIENCE

En lettres moulées, s.v.p.

Décrire formation, qualifications et expérience avec la méthadone pour l'analgésie
Décrire formation, qualifications et expérience avec la méthadone pour la dépendance

Cadre d'utilisation de l'exemption	Cabinet solo <input type="checkbox"/>
	Cabinet de groupe <input type="checkbox"/>
	Clinique de désintoxication ou dépendance <input type="checkbox"/>
	Clinique de la douleur <input type="checkbox"/>
	CHSGS <input type="checkbox"/>
	CHSLD <input type="checkbox"/>
	CLSC <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>
Nom du consultant *	

* Consultant : Médecin déjà exempté(e) pour prescrire la méthadone, catégories analgésie ou dépendance, qui a accepté d'être disponible pour répondre à vos questions lorsque nécessaire.

4. AUTORISATION

Par la présente et sous réserve que soit respecté leur caractère confidentiel, j'autorise le Collège des médecins du Québec à dévoiler, au Bureau des substances contrôlées de Santé Canada, toute recommandation ou tout renseignement contenu dans mon dossier personnel susceptible d'être utile à l'étude de ma demande d'exemption à prescrire la méthadone ou toute autre action pouvant être prise en rapport avec cette exemption.

J'autorise également le Bureau des substances contrôlées de Santé Canada à communiquer au Collège des médecins du Québec tout renseignement susceptible d'être utile à la surveillance de l'utilisation de la méthadone que j'aurai prescrite.

Signature

Date

Faire parvenir ce questionnaire à :

Collège des médecins du Québec
Direction de l'amélioration de l'exercice
Médecin responsable – Méthadone
2170 boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal QC H3H 2T8

Il est à noter que ce questionnaire peut aussi être transmis par courriel :
cmqmethadone@cmq.org

ou par télécopie au : 514-933-4668

Pour toute information supplémentaire, veuillez communiquer avec un responsable pour la méthadone au Collège des médecins du Québec à cette adresse courriel ou au 514-933-4441 (1-888-633-3246) poste 5489.