

Médicaments (1), substances ou autres produits à usage problématique (nom, dose et voie d'administration) :

<p>Nom : Voie d'administration (2) : Dose unitaire (3) : Dose journalière (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 :</p>	<p>Nom : Voie d'administration (2) : Dose unitaire (3) : Dose journalière (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 :</p>
<p>Nom : Voie d'administration (2) : Dose unitaire (3) : Dose journalière (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 :</p>	<p>Nom : Voie d'administration (2) : Dose unitaire (3) : Dose journalière (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 :</p>

(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 négatives de la consommation sur la santé (date de survenue, signes cliniques, durée, examens complémentaires, recherche de produits (sang, urine, autre), traitement effectué...) :

.....

.....

.....

.....

Gravité :

Non grave

Grave

(prolongation d') hospitalisation : du .../.../... au .../.../...

incapacité ou invalidité permanente

mise en jeu du pronostic vital

Décès : le .../.../...

autre :

Evolution :

Rétabli/résolu

En cours de rétablissement

Non rétabli/non résolu

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

.....

.....

A qui déclarer ?

Liste des CEIP (coordonnées et départements de la zone d'activité) disponible :

- Région Occitanie ouest (09, 12, 31, 32, 46, 65, 81, 82) : ceip.addictovigilance@chu-toulouse.fr

- Sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr/> ;

[Portail addictovigilance](#)