

Programme ontarien de distribution de naloxone en pharmacie

Formulaire du rapport trimestriel

En juin 2016, le ministère a lancé le Programme ontarien de distribution de naloxone en pharmacie (PODNP) pour que soit offerte gratuitement, dans les pharmacies, de la naloxone financée par les fonds publics aux personnes admissibles qui en ont besoin.

Objectif du formulaire du rapport trimestriel :

- Documenter les résultats obtenus dans le cas des personnes ayant reçu une trousse de naloxone dans une **pharmacie qui participe** au PODNP.
- Aider à évaluer l'efficacité du PODNP dans la lutte contre la crise des opioïdes qui sévit dans la province.

Instructions pour remplir le formulaire du rapport trimestriel :

- Le formulaire est un fichier PDF devant être rempli intégralement par une **pharmacie qui participe** au PODNP. Cliquez sur le bouton « Save File » (enregistrer le fichier) qui se trouve à la dernière page.
- Le ministère exige que ce formulaire soit **soumis électroniquement par courriel** en tant que pièce jointe, à l'adresse ONPP.QRBF.moh@ontario.ca.
- Vous devez fournir un seul formulaire par trimestre de rapport.
- À des fins de confidentialité, veuillez **éviter** d'inclure tout renseignement personnel sur la santé au sens de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* ou tout autre renseignement personnel au sens de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Ainsi, aucun renseignement personnel sur la santé ou renseignement personnel de nature autre ne doit être envoyé au Ministère dans le contexte du formulaire du rapport trimestriel.
- Fonctions supplémentaires à la dernière page :
 - Cliquez sur « Print Form » (imprimer le formulaire) afin d'imprimer une copie du formulaire pour vos dossiers.
 - Cliquez sur « Reset Form » (réinitialiser le formulaire) pour réinitialiser le formulaire (c.-à-d. recommencer).

Pour en savoir plus au sujet des programmes de naloxone du Ministère, y compris le PODNP :

www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/drugs/naloxone/default.aspx

www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/opdp_eo/notices/exec_office_201800321_fr.pdf

Renseignements sur la pharmacie

Numéro de facturation de l'Ontario :

Nom de la pharmacie :

Adresse postale de la pharmacie :

Numéro de téléphone de la pharmacie :

Numéro de la personne-ressource de la pharmacie :

Adresse courriel de la pharmacie :

Renseignements sur le formulaire du rapport trimestriel

Trimestre de rapport :

Année de rapport :

Date à laquelle le formulaire est (JJ/MM/AA) :

Date à laquelle le formulaire précédent a été
soumis (JJ/MM/AA) :

A. Distribution de trousse de naloxone et formation

1. Veuillez indiquer le nombre initial de trousse de naloxone distribuées pour les catégories suivantes :

*** Remarque :** Si vous ne connaissez pas le nombre de trousse distribuées, inscrivez « Inconnu » dans le champ correspondant.

Catégorie de personnes admissibles	Injectable*	V. Nasal†
a. Personnes à risque de surdose d'opioïdes		
b. Membres de la famille ou amis‡		
c. Autres personnes§		

* Naloxone injectable

† Vaporisateur nasal de naloxone

‡ de personnes à risque de surdose d'opioïdes

§ p. ex. personnel des services de liaison, travailleurs de la santé, fournisseurs de soins.

2. Veuillez indiquer le nombre de personnes qui ont reçu des trousse de naloxone **injectable avec** ou **sans** formation (c.-à-d. trousse de remplacement) pour les catégories suivantes :

*** Remarque :** Si vous ne connaissez pas le nombre de trousse distribuées, inscrivez « Inconnu » dans le champ correspondant.

Catégorie de personnes admissibles	Avec formation	Sans formation
a. Personnes à risque de surdose d'opioïdes		
b. Membres de la famille ou amis‡		
c. Autres personnes§		

‡ de personnes à risque de surdose d'opioïdes

§ p. ex. personnel des services de liaison, travailleurs de la santé, fournisseurs de soins.

B. Préparation des trousse de naloxone

3. Quels type de trousse de naloxone ont été distribués par votre pharmacie?

* **Remarque** : Si vous ne le savez pas, inscrivez « Inconnu » dans le champ correspondant.

Type de trousse de naloxone	« Oui » ou « Non »
a. Trousse de naloxone assemblées par la pharmacie	
b. Trousse de naloxone préalablement assemblées par un fournisseur	

C. Résultats associés aux trousse de naloxone

4. Pour votre pharmacie, combien de trousse de naloxone ont été administrées dans les situations suivantes, et combien d'appels au 911 ont été effectués?

* **Remarque** : Si vous ne connaissez pas le number de trousse et/ou d'appels, inscrivez « Inconnu » dans le champ correspondants.

Surdose		Appel au 911	
Injectable*	V. Nasal†	Injectable*	V. Nasal†

* Naloxone injectable

† Vaporisateur nasal de naloxone

5. Indiquez combien de personnes avaient précédemment reçu une trousse de naloxone qui **ne** provenait **pas** d'une pharmacie, ainsi que la source de cette trousse.

* **Remarque** : Si vous ne le savez pas, inscrivez « Inconnu » dans le champ correspondant.

Format de la trousse de naloxone	Nombre	Source autre qu'une pharmacie
a. Naloxone injectable		
b. Vaporisateur nasal de naloxone		

D. Commentaires de la pharmacie

Pour répondre aux questions suivantes, veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent en cochant la case correspondante, et/ou saisir des commentaires dans la dernière case (à savoir « Autre, veuillez préciser : »).

6. Quelles sont les réussites découlant de votre participation au PODNP?

La trousse de naloxone a sauvé ou potentiellement sauvé une vie

Le PODNP a permis d'informer les personnes à risque d'une surdose d'opioïdes, les membres de la famille ou les amis de ces personnes ou encore d'autres personnes des bienfaits de la naloxone

Le PODNP a aide ou encouragé des personnes à réduire leur consommation d'opioïdes

Le PODNP a permis de faire connaître d'autres programmes de réduction des préjudices qui sont offerts

Notre pharmacie a mis en place des services de réduction des préjudices et/ou de soutien à l'intention du public

Notre pharmacie a entrepris d'offrir des séances de formation dirigées à l'intention du public

Autre, veuillez préciser :

7. Quelles sont les difficultés en ce qui a trait à votre participation au PODNP?

Manque de connaissances au sujet des bienfaits de la naloxone chez les patients et/ou le public

Le public ne sait pas que des trousse de naloxone sont offertes à la pharmacie

Manque de personnel formé pour offrir au public une formation au sujet de la naloxone injectable

Manque de ressources pour participer au PODNP

Il est difficile d'obtenir des fournitures afin d'assembler des trousse de naloxone

Incapacité à obtenir des trousse de naloxone préalablement assemblées

Incapacité à obtenir des renseignements sur les résultats de la part des personnes qui ont reçu des trousse de naloxone

Autre, veuillez préciser :

8. Quels renseignements supplémentaires le pharmacie offre-t-elle lorsqu'elle distribue des trousse de naloxone?

Information sur les services de réduction des préjudices et/ou de soutien

Documents préparés par la pharmacie même, par exemple des documents à distribuer

Information sur les séances de formation dirigées

Autre, veuillez préciser :

9. Selon vous, à titre de professionnel, à quel type de communauté votre pharmacie offre-t-elle des services en ce qui touche le risque de surdose d'opioïdes?

Personnes fortement à risque

Personnes exposées à un risque modéré

Personnes exposées à un risque faible

Inconnu

S.O.

10. Votre pharmacie offre-t-elle de la methadone ou de la Suboxone?

Oui

Non

S.O.

11. Si votre pharmacie **ne** participe **plus** au PODNP, veuillez sélectionner tous les énoncés qui s'appliquent pour expliquer cette situation.

S.O.

Décision opérationnelle de la pharmacie

Manque d'intérêt ou besoin inexistant dans la collectivité

Manque de personnel formé pour fournir une formation sur la naloxone et/ou ressources insuffisantes pour participer au Programme

Autre, veuillez préciser :

12. Avez-vous suggestions pour améliorer le PODNP et/ou le nouveau format de ce formulaire du rapport trimestriel? Si vous n'avez aucun commentaire à formuler, veuillez inscrire « S.O. » dans la boîte de commentaires.

13. Avez-vous rempli toutes les sections du présent formulaire?

Veillez soumettre ce formulaire par voie électronique en tant que pièce jointe à un courriel, à l'adresse suivante : ONPP.QRBF.moh@ontario.ca.