

Coordonnées du travailleur

| | | |
|----------------|--------|---------------------------------|
| Nom de famille | Prénom | Numéro de réclamation de la WCB |
|----------------|--------|---------------------------------|

Entente de traitement aux opioïdes

La Commission des accidents du travail du Manitoba (la WCB) exige que cette entente de traitement, entre le travailleur blessé et le médecin prescripteur, soit remplie avant que le paiement d'un médicament opioïde ne soit envisagé. Le recours à une entente de traitement est conforme aux pratiques exemplaires recommandées par le Groupe d'étude des lignes directrices sur l'emploi des opiacés (avril 2010).

Je suis un travailleur blessé ayant reçu une ordonnance de médicament opioïde. Ce médicament vise à soulager ma douleur afin d'améliorer mon fonctionnement à domicile ou au travail. Mon médecin m'a parlé des effets secondaires courants et des risques liés à l'utilisation d'un médicament opioïde, y compris le risque de dépendance.

Je comprends les éléments suivants et j'y consens :

1. Le Dr ou la Dre _____ m'a prescrit un médicament opioïde. Je n'obtiendrai aucune ordonnance de médicament opioïde auprès d'un autre médecin.
2. Je respecterai la posologie de l'ordonnance de mon médecin (quantité et fréquence).
3. Je serai la seule personne à utiliser ce médicament. Je ne partagerai pas ce médicament opioïde avec quiconque (vente, partage ou don).
4. J'obtiendrai mon ordonnance pour ce médicament opioïde seulement auprès de la pharmacie suivante :
Nom de la pharmacie _____
Adresse de la pharmacie _____
Je n'obtiendrai aucun médicament opioïde auprès d'une autre pharmacie ou personne.
5. Je ne consommerai aucun médicament opioïde sans ordonnance, drogue à usage récréatif, ni alcool pendant le traitement au médicament opioïde. Je consens à n'utiliser aucun autre médicament sans en parler d'abord à mon médecin.
6. Je garderai le médicament opioïde dans un endroit sécuritaire et sécurisé.
7. Si j'épuise mon ordonnance plus tôt (par exemple, si je perds le médicament, s'il est volé ou si j'en prends une quantité supérieure à la posologie), mon médecin ne me donnera pas de nouvelle ordonnance; je devrai attendre la prochaine ordonnance prévue.
8. Je me présenterai à tous les rendez-vous programmés par mon médecin.
9. Je consens à collaborer avec mon médecin et à participer pleinement à tout programme de traitement ou de réadaptation recommandé.

Si je ne respecte pas l'une ou l'autre des conditions ci-dessus, mon médecin pourrait cesser la prescription de médicaments opioïdes ou la WCB pourrait cesser le paiement de ces médicaments.

| | |
|--------------------------|------|
| Signature du travailleur | Date |
| Signature du médecin | Date |