



## Demande pour prescrire de la méthadone pour traiter la dépendance aux opioïdes

Les IP font l'objet d'études et d'une autorisation supplémentaires pour prescrire de la méthadone pour traiter la dépendance aux opioïdes à l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB). Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre, veuillez ajouter une feuille à ce formulaire.

\_\_\_\_\_  
Nom Titre Numéro d'immatriculation

\_\_\_\_\_  
Adresse Téléphone Adresse de courriel

\_\_\_\_\_  
Employeur(s)

**Indication thérapeutique** : dépendance aux opioïdes

**Description du milieu d'exercice** (si vous travaillez dans plus d'un milieu d'exercice où la méthadone est prescrite, veuillez fournir des renseignements sur chaque milieu d'exercice) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Formation et stage clinique** (présenter le certificat d'achèvement de la formation) :

Stage clinique supervisé (8 heures)

Date(s) du stage clinique : \_\_\_\_\_

Signature, responsable clinique : \_\_\_\_\_

**Nom de la référence 1 (médecin consultant ou surveillant direct de l'IP qui prescrira de la méthadone) :**

\_\_\_\_\_

**Coordonnées de la référence 1 :** \_\_\_\_\_

**Nom de la référence 2 (si plus d'un employeur/médecin consultant) :** \_\_\_\_\_

**Coordonnées de la référence 2 :** \_\_\_\_\_

Il se pourrait que nous communiquions avec vos références pour obtenir de l'information au sujet de votre attitude professionnelle et de votre capacité de rendre des comptes.

X \_\_\_\_\_

**Signature**: en signant, vous consentez à ce que l'AIINB divulgue de l'information provenant de votre dossier de membre en ce qui concerne l'examen de votre demande pour prescrire de la méthadone. Ce consentement est accordé à la condition que les renseignements divulgués soient traités de manière confidentielle.