

## Examen de la thérapie par la kétamine et l'eskétamine

### Renseignements importants

Veuillez remplir les pages suivantes avec l'aide de votre patient ou en vous servant de son dossier, au besoin. Envoyez le livret dûment rempli par télécopie au 1 888 629-4722. Gardez l'original pour vos dossiers.

Je, \_\_\_\_\_, demande le paiement complet pour avoir rempli le livret intitulé *Examen de la thérapie par la kétamine et l'eskétamine de Travail sécuritaire NB* pour mon patient,

\_\_\_\_\_.

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Code du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

**Si vous avez des questions** sur le présent formulaire, n'hésitez pas à communiquer avec Travail sécuritaire NB au numéro sans frais 1 800 999-9775.

## Examen de la thérapie par la kétamine et l'eskétamine de Travail sécuritaire NB en vue de l'approbation et de la documentation

Ce livret permet de documenter et d'examiner systématiquement le processus de thérapie par la kétamine et l'eskétamine. Chaque section comprend une partie où l'on peut indiquer les renseignements nécessaires et donner son approbation.

### **Section 1 : Approbation préalable et autorisation initiale par écrit de Travail sécuritaire NB**

- Cette section comprend deux parties :
  - Partie 1 : Doit être remplie par le médecin traitant ou le professionnel de la santé.
  - Partie 2 : Liste de contrôle pour l'approbation préalable, à être remplie par un conseiller en psychologie de Travail sécuritaire NB.
- Veuillez consulter la section 1 du livret d'examen.

### **Section 2 : Surveillance et sécurité physiques et psychologiques pendant chaque traitement**

- Cette section doit être remplie par le médecin traitant, l'infirmière praticienne ou une infirmière pendant ou après chaque traitement.
- Veuillez consulter la section 2 du livret d'examen.

### **Section 3 : Surveillance continue des résultats psychologiques**

- Cette section doit être remplie par le médecin traitant. Un suivi à intervalles réguliers et une notation des résultats du *Questionnaire sur la santé du patient* (PHQ-9) sont nécessaires.
- Veuillez consulter la section 3 du livret d'examen.

### **Section 4 : Examen trimestriel pour le maintien de l'approbation**

- Cette section doit être remplie par un conseiller en psychologie de Travail sécuritaire NB.
- Veuillez consulter la section 4 du livret d'examen.

La surveillance et la sécurité physiques et psychologiques pendant chaque traitement sont assurées en temps réel, tandis que la surveillance continue et les examens trimestriels font en sorte que le traitement soit continuellement évalué pour garantir la sécurité et l'efficacité.

Les professionnels de la santé doivent remplir toutes les sections du livret en entier afin de respecter la norme d'excellence de Travail sécuritaire NB en matière de soins aux clients et de sécurité des patients.

**Section 1 :** Approbation préalable et autorisation initiale par écrit de Travail sécuritaire NB

Doit être remplie par le fournisseur de soins (médecin traitant)

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

N° de réclamation : \_\_\_\_\_

Risque actuel de suicide :  Aucun  Faible  Moyen  Élevé

Plan de traitement détaillé et justification :

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

Résultats prévus et étapes :

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

PARTIE 2 : LISTE DE CONTRÔLE POUR L'APPROBATION PRÉALABLE

- La réclamation du client pour une blessure indemnizable a été acceptée ET la blessure satisfait aux critères du DSM-5-TR pour la dépression majeure.
- Au moins deux essais documentés de quatre semaines de psychotropes de première ligne qui se sont avérés inefficaces, c'est-à-dire que l'on n'a pas réussi à obtenir une réduction de plus de 5 points par rapport au résultat de référence pour la gravité sur le *Questionnaire sur la santé du patient (PHQ-9)*.
- Indications de suicidabilité active sous les soins d'un psychiatre
- Aucun critère d'exclusion présent
- Plan de traitement et de surveillance présenté
- La facturation pour ce service respectera les paramètres et les limites de l'accord entre la Société médicale du Nouveau-Brunswick et Travail sécuritaire NB pour les services médicaux du *Guide du médecin pour la facturation directe*, en vigueur à la date à laquelle le service est rendu.

N° de référence de l'approbation préalable de Travail sécuritaire NB : \_\_\_\_\_

Nom et signature du conseiller de Travail sécuritaire NB : \_\_\_\_\_

Date de l'approbation : \_\_\_\_\_

**Section 2 : Surveillance et sécurité physiques et psychologiques pendant chaque traitement**

Cette section doit être remplie par le médecin traitant, l’infirmière praticienne ou une infirmière pendant ou après chaque traitement.

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE TRAITEMENT (infirmière ou médecin traitant)

Date et heure du traitement : \_\_\_\_\_

Rapport de surveillance cardiorespiratoire :

Signes vitaux avant le traitement

Fréquence cardiaque  Tension artérielle  SpO2  Fréquence respiratoire

Signes vitaux – Surveillance continue

Fréquence cardiaque  Tension artérielle  SpO2  Fréquence respiratoire

Signes vitaux après le traitement

Fréquence cardiaque  Tension artérielle  SpO2  Fréquence respiratoire

Registre de présence du professionnel de la santé :

Nom et compétences du spécialiste en assistance respiratoire : \_\_\_\_\_

Signature confirmant la présence et la stabilité du patient : \_\_\_\_\_

RAPPORT DE SURVEILLANCE PSYCHOLOGIQUE (infirmière ou médecin traitant)

État psychologique avant le traitement (joindre ou indiquer de brefs commentaires) :

---

---

---

État psychologique immédiatement après le traitement (joindre ou indiquer de brefs commentaires) :

---

---

---

Effets indésirables pendant le traitement :

---

---

---

Commentaires du patient :

---

---

---

**Section 3 : Surveillance continue des résultats psychologiques**

Rapport d'évaluation psychologique tapé à la machine (médecin traitant) (joindre le *Questionnaire sur la santé du patient* (PHQ-9) : [questionnaire-phq-9.pdf](#))

ÉVALUATIONS

	Résultats de référence	3 mois	6 mois	9 mois
Date				
Résultat obtenu sur le <i>Questionnaire PHQ-9</i>				

**Section 4 : Examen trimestriel pour le maintien de l'approbation**

Cette section doit être remplie par un conseiller en psychologie de Travail sécuritaire NB.

Trimestre (dates) : \_\_\_\_\_

Sommaire des résultats de l'évaluation psychologique :

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

Aperçu des progrès du patient :

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

Évaluation des effets secondaires possibles :

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

Évaluation du bien-être général :

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

État psychologique immédiatement après le traitement (joindre ou indiquer de brefs commentaires) :

---

---

---

Bienfaits constatés et documentés lors des évaluations :

---

---

---

Recommandations quant à la poursuite du traitement :

---

---

---

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE TRAITEMENT (infirmière ou médecin traitant)

Nom du conseiller : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

DÉCISION QUANT À LA POURSUITE DU TRAITEMENT :

Recommandé : \_\_\_\_\_

Non recommandé : \_\_\_\_\_

Changements nécessaires : \_\_\_\_\_

---

---

---

Mesures de suivi et date du prochain examen :

---

---

---