

**ANNEX A LA SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ PER PORTAR A TERME
TRACTAMENTS AMB AGONISTES OPIACIS**

DADES D'IDENTIFICACIÓ

Nom del centre _____

Adreça _____

Ciutat _____ Codi postal _____

Telèfon _____ Fax _____

Correu electrònic _____

Nom i cognoms de la persona responsable dels tractaments amb agonistes opiacis del centre

PERSONAL DEL TRACTAMENT DE MANTENIMENT AMB AGONISTES OPIACIS

Metges prescriptors (Només complimentar els centres que facin prescripció)

Nom i cognoms	Especialitat ^(*)	Número de col·legiat/da
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

^(*) Llicenciatura en Medicina=LM; Medicina de Família= MF; Medicina Interna= MI; Psiquiatria=PSQ

Qualificació professional de l'encarregat de l'administració d'agonistes opiacis (Només complimentar pels centres que facin dispensació)

Diplomat d'infermeria

Auxiliar de clínica

Altres (especifiqueu)

DADES ADMINISTRATIVES

Dependència patrimonial del centre

1. Ajuntament
2. Diputació
3. Servei Català de la Salut
4. Altres _____

Dependència funcional del centre

1. Ajuntament
2. Diputació
3. Servei Català de la Salut
4. Altres _____

Ubicació del centre respecte de la xarxa assistencial

1. Centre d'Atenció Primària
2. Centre de salut mental
3. Centre de tractament específic de drogodependències
4. Hospital general
5. Hospital psiquiàtric
6. Unitat mòbil
7. Centre penitenciari
8. Comunitat terapèutica
9. Altres _____

CARACTERÍSTIQUES FUNCIONALS DELS PROGRAMES DE MANTENIMENT AMB AGONISTES OPIACIS DEL CENTRE

- **Prescripció d'agonistes opiacis**

Centres dispensadors de referència

- **Dispensació d'agonistes opiacis**

Centres prescriptors que deriven pacients a aquest centre

- **Prescripció i dispensació d'agonistes opiacis**

Assenyalen amb una creu els agonistes utilitzats en el vostre centre per a tractaments de manteniment

1. Metadona
2. Buprenorfina
3. Altres _____

Quins dies de la setmana és obert el centre per a la dispensació de metadona (encerclen totes les opcions que corresponguin)

1. Dilluns
2. Dimarts
3. Dimecres
4. Dijous
5. Divendres
6. Dissabte
7. Diumenge

Horari de dispensació del centre

Nombre màxim d'usuaris que es preveu poder atendre

Activitats complementàries a la dispensació d'agonistes opiacis (encerclen totes les opcions que corresponguin)

1. Administració supervisada de tractament antituberculós
2. Administració supervisada d'altres tractaments psicofarmacològics
3. Intercanvi de xeringues
4. Distribució de preservatius
5. Altres _____

Freqüència mitjana de les visites de seguiment als pacients en tractament (encerclen les opcions que corresponguin)

1. Mensual
2. Bimensual
3. Trimestral
4. Semestral
5. Anual
6. Altres _____

CONTROLS DE TÒXICS A L'ORINA DELS PACIENTS EN TRACTAMENT DE MANTENIMENT AMB AGONISTES OPIACIS

Es realitza recollida d'orina als pacients del programa per al control del tractament?

1. Sí

2. No

Especifiqueu la freqüència dels controls i les substàncies revisades

Les orines s'analitzen en el mateix centre on es recullen?

1. Sí

2. No

Especifiqueu on s'analitzen les mostres

Enumereu els mitjans de laboratori propis per portar a terme el control analític de drogues d'abús de les persones en tractament

SERVEI DE FARMÀCIA O OFICINA DE FARMÀCIA ENCARREGATS DE L'ELABORACIÓ, LA DISPENSACIÓ I L'ADMINISTRACIÓ DE LA METADONA

Farmàcia o servei de farmàcia _____

Adreça _____

Ciutat _____ *Codi postal* _____

Telèfon _____ *Fax* _____

Nom, cognoms del farmacèutic _____

Núm. de col·legiat _____

MESURES DE SEGURETAT PER A LA CUSTÒDIA DELS AGONISTES OPIACIS

Assenyaleu les mesures especials que disposeu al vostre centre per a la custòdia dels agonistes opiàcis.

1. CAP

2. Armari de seguretat

3. Caixa forta

4. Espai de dispensació blindat

5. Altres _____
