



## Accompagnement des patients sous traitement antalgique de palier II

**Objectif :** entretien court pour prévenir et limiter la dépendance des patients aux antalgiques de palier II

**Patients éligibles :** adultes de plus de 18 ans sous antalgiques de palier II\* au 1er renouvellement (= seconde dispensation au cours des 12 mois suivant la 1ère dispensation).

**Lieu de l'entretien :** local adapté au respect de la confidentialité

**Déroulé de l'entretien :** compléter le questionnaire POMI (Prescription, Opioïdes, Misuse, Index). Une réponse positive = 1 point.

**Conclusion de l'entretien :** prévenir le médecin prescripteur et le médecin traitant par la messagerie sécurisée de santé si le score est supérieur ou égal à 2 réponses positives. Remettre au patient la fiche de suivi (voir au verso).

**Rémunération :** 5 euros TTC / code acte EPI (5,25 euros TTC pour les DOM)



**La fiche au verso est à enregistrer dans le DMP ou l'ENS du patient et à tenir à disposition du service de contrôle médical de l'Assurance maladie si besoin. Elle doit être conservée sous format électronique.**

\*Antalgiques de palier II

**Codéine :** DICODIN, PADERYL

**Codéine + paracétamol :** CLARADOL-CODÉINE, CODOLIPRANE, DAFALGAN-CODÉINE, KLIPAL, LINDILANE, PARACÉTAMOL-CODÉINE, PRONTALGINE

**Codéine + ibuprofène :** ANTARÈNE-CODÉINE

**Nalbuphine :** NALBUPHINE RENAUDIN, NALBUPHINE SERB

**Opium + paracétamol :** IZALGI, LAMALINE

**Tramadol :** BIODALGIC, CONTRAMAL, IXPRIM, MONOALGIC, MONOCRIXO, OROZAMUDOL, SKUDEXUM, TAKADOL, TOPALGIC, ZAMUDOL, ZALDIAR, ZUMALGIC





**Prescription pour 12 semaines maximum et sur ordonnance sécurisée des antalgiques suivants :**

- Tramadol
- Codéine (à compter du 1er mars 2025)

Nom et adresse de la pharmacie :

Date :

<b>Nom</b>		<b>Prénom</b>		<b>Age</b>	
<b>Coordonnées</b>					
<b>Médecin prescripteur</b>		<b>Médecin traitant</b>			
<b>Molécule(s) prescrite(s) et dosage</b>					
<b>Posologie et durée du traitement</b>					
<b>Indication</b>					

<b>Questionnaire POMI (Prescription, Opioides, Misuse, Index).</b>		
1/ Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en quantité PLUS importante, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur plus SOUVENT que prescrit(s) sur votre ordonnance, c'est-à-dire en réduisant le délai entre deux prises ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ Avez-vous déjà eu besoin de faire renouveler votre ordonnance de ce/ces médicament(s) anti-douleur plus tôt que prévu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/ Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous preniez trop de ce/ces médicament(s) anti-douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/ Avez-vous déjà eu la sensation de "planer" ou ressenti un effet stimulant après avoir pris des médicament(s) anti-douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Alertes :**

**Actions mises en place ou contacts donnés au patient :**