



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 EPA (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 (à compter du 1er mars 2025) des antalgiques suivants :

- Tramadol
- Codéine

Nom et adresse de la pharmacie :

Date :

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

Questionnaire POMI (Prescription, Opioides, Misuse, Index).		
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 :