

Rencontre initiale - Dépression**Médecin traitant ou IPS**

Nom : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

No permis : _____

Patient

Nom : _____

DDN : _____

Téléphone : _____

DépressionIndication : ☐ 1er épisode ☐ 2e épisode ☐ ≥ 3e épisode _____☐ Trouble d'adaptation avec humeur dépressive ☐ Sevrage suite à rétablissement

Score PHQ-9 (ci-joint) : _____ Date : _____

Symptômes et atteintes AVQ/AVD : _____

Idées suicidaires : _____

Occupation : _____ Sommeil : _____ Exercice : _____

Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues) : _____

Autres comorbidités (anxiété, insomnie,) : _____

Contact d'urgence/Ressource : _____ Tel : _____

Cibles :

Priorités et préférences du patient : _____

☐ Amélioration des symptômes végétatifs (sommeil, appétit, énergie) en 2 semaines☐ PHQ-9 : ↓ > 50% des symptômes en 4 semaines☐ Rémission des symptômes en 6 à 12 semaines (score PHQ-9 < 5 points)☐ Atteindre la dose minimale la plus efficace**Historique**

Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée, durées) : _____

Autres antécédents pertinents : _____

Professionnel qui suivait le patient (MD, inf, ph) : _____

Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ ☐ Patient avisé du transfert**Pharmacothérapie**

Molécule (nom ou famille)	Dose initiale	Dose max.	Quantité	Renouvellement
Tx : _____			___ co.	Ren x _____
Tx : _____			___ co.	Ren x _____
Si échec/intolérance → _____			___ co.	Ren x _____

Suivis attendus☐ Suivi de l'innocuité et de l'adhésion dans 1 semaine.☐ Suivi de l'efficacité (score PHQ-9) dans 2 semaines puis dans 4 semaines.☐ Titrage☐ Sevrage**Équipe traitante**

Nom du professionnel à contacter : _____ Licence : _____

Coordonnées : _____



Raisons de contacter le prescripteur (tel que mentionné par le prescripteur si formulaire de transfert)

Sauf avis contraire, le pharmacien doit aviser le prescripteur si changement de dose, arrêt ou ajout.

☐ Autre : _____

Rencontre avec patient

Patient en accord avec la prise en charge par la pharmacie : _____

Personne à contacter lors d'un changement : _____

Prochain suivi avec pharmacien prévu : _____ ☐ Mise à l'agenda

Feuillets remis

- ☐ Feuillelet d'information sur la Dépression - Vigilance
- ☐ Échelle PHQ-9
- ☐ Site web Mon Relief
- ☐ Ressources si idées suicidaires : appeler 1-866-APPELLE, texter 9-8-8 ou se rendre aux urgences

Enseignement réalisé

Dépression

- ☐ Explication des signes et symptômes et des objectifs du traitement
- ☐ Cible personnalisée et PHQ-9
- ☐ Délai d'efficacité du traitement

Médicament

- ☐ Explication de la méthode de prise
- ☐ Interactions potentielles avec les médicaments prescrits, MVL et PSN
- ☐ Quoi faire en cas d'oubli
- ☐ Conservation des médicaments
- ☐ Présentation des effets indésirables fréquents

Mesures non pharmacologiques

- ☐ Psychothérapie (site web de l'Ordre des psychologues du Québec)
- ☐ Programme d'aide aux employés (PAE)
- ☐ Activité physique
- ☐ Luminothérapie
- ☐ Méditation, relaxation
- ☐ Hygiène du sommeil
- ☐ Recommandations par rapport aux habitudes de vie

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - Dépression

Date : _____

Patient

Nom : _____

DDN : _____

Téléphone : _____

Traitement actuel :

Médicament et dose actuelle : _____ Observance : _____

Mesures non-pharmacologiques en cours :

- ☐ Psychothérapie (Coordonnée du professionnel) : _____
- ☐ Exercice physique : _____
- ☐ Autres : _____

Évaluation

Score PHQ-9 ce jour (joindre): _____ versus score antérieur : _____ le _____ (date)

Présence des symptômes dépressifs suivants :

- ☐ Diminution intérêt et plaisir ☐ Changement dans l'humeur ☐ Insomnie ☐ Hypersomnie
- ☐ Fatigue et peu d'énergie ☐ Perte d'appétit ☐ Gain d'appétit ☐ Sentiment de dévalorisation
- ☐ Difficulté de concentration ☐ Agitation ☐ Lenteur ☐ Idées suicidaires

Changements dans les symptômes : _____

Changements dans les atteintes des AVQ/AVD : _____

Cibles atteintes : ☐ oui ☐ non Détails : _____**Tolérance**Effets indésirables : ☐ Aucun ☐ Oui : _____

Gestion des E.I. discutée (si applicable) : _____

ISRS et ISRN : Nausée (transitoire), constipation/diarrhée (transitoire), xérostomie, somnolence, insomnie, étourdissement, tremblements, diaphorèse, gain de poids, SIADH (attention hyponatrémie chez personnes âgées), anorgasmie**ISRN** : Comme ISRS + augmentation de la fréquence cardiaque et tension artérielle possible**Inhibiteur du recaptage de la norépinéphrine et de la dopamine (Bupropion)** : Insomnie, anxiété, tremblements, céphalées, constipation, xérostomie, éruption cutanée, perte de poids**Antagonistes 5-HT_{2A/C} et alpha₂ (Mirtazapine)** : Augmentation de l'appétit (gain de poids), effet sédatif ou stimulant (dose-dépendant), étourdissement, xérostomie, constipation**Plan**☐ MNP discutées ce jour (psychothérapie, PAE, exercice, méditation, sommeil, luminothérapie, TS) : _____☐ Aucun changement☐ Ajustement de dosePatient informé du plan : ☐ Oui ☐ Non☐ Ceci est une prescription, durée : _____

Si idées suicidaires : appeler 1-866-APPELLE, texter 9-8-8 ou se rendre aux urgences

Prochain suiviDate prévue : _____ ☐ Inscrit à l'agendaCommunication avec le prescripteur : ☐ Non requis ☐ Oui fax envoyé

Nom du pharmacien : _____ Signature : _____ Licence : _____



Communication des suivis réalisés – Dépression

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient dont les ajustements et le suivi du TDAH sont pris en charge par le pharmacien communautaire

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom : _____	Nom : _____
Tél. : _____ Téléc. : _____	DDN : _____
No permis : _____	Téléphone: _____

RAISON DE LA COMMUNICATION**1) Fin du suivi (pour information)**

Date de fin du suivi : _____

Raison : _____

2) Suivi de l'ajustement (aucune réponse attendue)

Date : _____

PHQ-9 (Date et copie) : _____

Rétablissement atteint : ☐ Oui ☐ Non

Détails : _____

Présence d'effets indésirables : ☐ Non ☐ Oui : _____

Plan :

☐ Aucun changement☐ Ajustement de dose : _____

Prochain suivi planifié : _____

3) Discussion d'une situation particulière (réponse requise)**Description de la situation :****Demande du pharmacien :**

Nom du pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Nom de la pharmacie _____	
Téléphone : _____	Fax : _____	
Nom du professionnel : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Fax : _____	

