

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

Nom :

Tél. :

Télec. :

No permis :

**Patient**

Nom :

DDN :

Téléphone :

**Migraine**Type de migraine : ☐ Menstruelle ☐ Épisodique ☐ Chronique ( $\geq 15$  jrs/mois) ☐ Avec aura ☐ \_\_\_\_\_

Nombre d'épisodes par mois : \_\_\_\_\_ Sévérité : score Midas : \_\_\_\_\_ score HIT-6 : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Cr : \_\_\_\_\_ DFGe ajusté à la SC : \_\_\_\_\_ Clcr (CG) : \_\_\_\_\_

Habitudes de vie : ☐ Tabac : \_\_\_\_\_ ☐ Alcool : \_\_\_\_\_ ☐ Drogues : \_\_\_\_\_ ☐ Exercice : \_\_\_\_\_

Antécédents (AVC, ICT, infarctus, angine) : \_\_\_\_\_

Comorbidités (dépression, anxiété, insomnie, douleur, HTA) : \_\_\_\_\_

**Cibles :**☐ Diminuer les jours de prise de traitement de secours par mois de 50%☐ Diminuer la sévérité des épisodes de 50%☐ Diminuer le score Midas ou HIT-6 de 50% ☐ Autre : \_\_\_\_\_**Historique**

Date des premiers épisodes de migraine : \_\_\_\_\_

Date d'initiation du 1er tx prophylactique : \_\_\_\_\_

Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée) : \_\_\_\_\_

Enseignement des MNP déjà réalisé : ☐ Oui ☐ NonOutils remis : ☐ Journal de la migraine ☐ Application : \_\_\_\_\_

Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : \_\_\_\_\_

Dernier suivi effectué (date) : \_\_\_\_\_ Prochain suivi suggéré : \_\_\_\_\_ ☐ Patient avisé du transfertCondition actuelle ou prise de médicament pouvant influencer les migraines : ☐ Oui ☐ Non**Pharmacothérapie**

Molécule	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose maximale
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel			
Si échec/intolérance, modifier pour _____			

**Équipe traitante et quand la contacter**

Nom du professionnel à contacter : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

**Raison de contacter le prescripteur** (sauf avis contraire, le pharmacien doit aviser le prescripteur si changement de dose, arrêt ou ajout)☐ Seulement une fois par \_\_\_\_\_ (refus d'être avisé à chaque ajustement)☐ Autre : \_\_\_\_\_**Période de validité de l'ordonnance**☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ Veuillez aviser le médecin à la fin de cette validité

## 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 : \_\_\_\_\_ ☐ Inscrit à l'agenda

## Suivi du patient

### **Tolérance**

Titrage prévu : \_\_\_\_\_

Date du prochain suivi pour tolérance : \_\_\_\_\_

### **Efficacité**

*Une fois la dose cible (ou dose maximale tolérée) atteinte, évaluer l'efficacité après 2 à 3 mois de traitement.*

Outil de suivi à utiliser : ☐ score HIT-6 ☐ score Midas ☐ Calendrier des migraines (lequel) : \_\_\_\_\_

*Si le patient souhaite partager ses résultats à partir de son application de calendrier des migraines, lui donner les coordonnées à utiliser (fax ou courriel de la pharmacie).*

Premier suivi d'efficacité devrait avoir lieu : \_\_\_\_\_ ☐ Mis à l'agenda ☐ Rappel inscrit

### **Laboratoires (si pertinent)**

Labos demandés : \_\_\_\_\_

Date prévue : \_\_\_\_\_

Remis au patient : ☐ Oui ☐ Non ☐ Mis à l'agenda

### **Feuillets remis**

☐ Maux de tête (Vigilance) ☐ Approche alimentaire (vigilance) ☐ Site web Migraine Québec

**Choix du calendrier des migraines:** ☐ Calendrier vigilance ☐ Calendrier migraine Québec

☐ Application Migraine Tracker (migraine Canada) ☐ Application Migraine Buddy ☐ Autre : \_\_\_\_\_

## Enseignement réalisé

### **Migraine**

- ☐ Rôle des traitements de secours et prophylactiques
- ☐ Attentes envers la médication
- ☐ Facteurs aggravants ou déclencheurs
- ☐ Comment et quand contacter la clinique ou son médecin

### **Traitements prophylactiques**

- ☐ Cibles personnalisées (journal, HIT-6, MIDAS)
- ☐ Explication de la méthode de prise
- ☐ Interactions potentielles
- ☐ Que faire en cas d'oubli
- ☐ Conservation des médicaments

### **Effets indésirables**

- ☐ Présentation des effets indésirables fréquents
- ☐ Gestion des effets indésirables

### **Mesures non pharmacologiques**

- ☐ Recommandations par rapport aux habitudes de vie.
- ☐ Interactions avec les médicaments prescrits, MVL et PSN

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



**Suivi - Migraine**

Date : \_\_\_\_\_  
 Type de migraine : \_\_\_\_\_

**Patient**

Nom : \_\_\_\_\_  
 DDN : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

**Tolérance**

Effets indésirables (innocuité) : ☐ Aucun ☐ Oui : \_\_\_\_\_

Antidépresseurs : somnolence, effets anticholinergiques, étourdissement, ↑ poids, hypoTA, troubles sexuels, No/Vo  
 Bêta-bloquants : Fatigue, hypotension, bradycardie, bronchospasme, troubles du sommeil  
 ARA et IECA : Hypotension, étourdissements, toux, insuffisance rénale, hyperkaliémie  
 Gabapentine : Oedème périphérique, somnolence, étourdissements, nausées, vomissements, ataxie  
 Topiramate : No/D, dépression, dysgueusie, confusion, paresthésies, fatigue, somnolence, ↓ poids, trouble mémoire et langage  
 Acide valproïque : Nausées, vomissements, somnolence, gain de poids, alopecie, tremblements, hépatotoxicité

Doses	Dates (modifications)	Tolérance

**Efficacité**

	Valeurs de départ	Cibles	Résultats du dernier mois
Nombre épisodes/mois			
Score HIT-6			
Score Midas			
Sévérité moyenne des épisodes			
Prise Rx de secours/mois			

**Évaluation**

Observance : \_\_\_\_\_  
 Mesures non pharmacologiques abordées : \_\_\_\_\_

**Plan** ☐ Aucun changement ☐ Ajustement (voir-ci-dessous) Patient informé du plan : ☐ Oui ☐ Non

Molécule	Dose actuelle	Nouvelle dose	Date	Dose maximale

☐ Ceci est une prescription, durée : \_\_\_\_\_

**Prochain suivi**

Date prévue : \_\_\_\_\_ ☐ Inscrit à l'agenda  
 Avant le RDV, patient doit compléter : ☐ Calendrier ☐ Score HIT-6 ☐ Score Midas  
 Remettre les documents au pharmacien : ☐ papier ☐ par fax ☐ par courriel  
 Communication avec le prescripteur (obligatoire si changement dose): ☐ Non requis ☐ Oui fax envoyé

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_



**Communication des suivis réalisés - Migraine**

**Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient sous traitement prophylactique des migraines dont les ajustements et le suivi 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)**

Réalisé le : .....

Molécule en titration et dose actuelle: .....

<b>Effacité</b>	<b>Valeurs de départ</b>	<b>Cibles</b>	<b>Résultats du dernier mois</b>
Nombre épisodes/mois			
Score HIT-6			
Score Midas			
Sévérité moyenne des épisodes			
Prise Rx de secours/mois			

**Plan** : ☐ Aucun changement ☐ Ajustement de dose : .....

Prochain suivi planifié : .....

Prise de sang prévue : ☐ Non ☐ Oui : .....**3) Discussion d'une situation particulière (réponse requise)****Description de la situation et demande du pharmacien :****Réponse du médecin ou IPS**

Nom du pharmacien : .....	Licence : .....	Date : .....
Signature : .....	Nom de la pharmacie : .....	
Téléphone : .....	Fax : .....	
Prescripteur : .....	Licence : .....	Date : .....
Signature : .....	Téléphone : .....	Fax : .....



**Communication pour initiation de la prise en charge - Migraine****Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient ayant des migraines**

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

**Raison de la communication**

Afin d'assurer un meilleur contrôle des crises de migraines, votre patient/patiente pourrait bénéficier :

- ☐ d'une prophylaxie pour la migraine
- ☐ d'un ajustement de la dose du traitement prophylactique
- ☐ d'un changement de thérapie

Puisque :

- ☐ Présente  $\geq 2$  migraines/mois de grave intensité ou durée et mal maîtrisé par le traitement aigu
- ☐ Présente  $\geq 4$  épisodes/mois qui interfèrent significativement avec la qualité de vie du patient
- ☐ Présente  $\geq 8$  jours/mois qui interfèrent significativement avec la qualité de vie du patient
- ☐ Utilisation du traitement aigu plus de 2-3 jours/sem
- ☐ Utilisation d'analgésiques  $\geq 15$  jours/mois ou triptans/ergot/combinés/opioïdes  $> 10$  jours/mois.

**Demande de prise en charge du suivi et de l'ajustement du traitement prophylactique de la migraine**

Considérant les comorbidités du patient et ses essais antérieurs, nous suggérons d'utiliser la molécule :

\_\_\_\_\_.

Vous trouverez ci-joint le formulaire pour nous transférer la prise en charge de cet ajustement.

Nous vous suggérons donc de remplir le formulaire ci-joint pour nous indiquer les cibles, contre-indication et toute autre information pertinente qui nous permettra de prendre en charge l'ajustement du traitement prophylactique de la migraine avec votre accord.

Nom du pharmacien : .....	Licence : .....	Date : .....
Signature : .....	Nom de la pharmacie : .....	
Téléphone : .....	Fax : .....	
Prescripteur : .....	Licence : .....	Date : .....
Signature : .....	Téléphone : .....	Fax : .....

