

## Formulaire de transfert - Anxiété (troubles anxieux)

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

**Trouble anxieux**

Type de troubles anxieux : \_\_\_\_\_

Score GAD-7 (ci-joint) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Symptômes et atteintes AVQ/AVD : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ Sommeil : \_\_\_\_\_ Exercice : \_\_\_\_\_

Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, café) : \_\_\_\_\_

Autres comorbidités (dépression, insomnie, ....) : \_\_\_\_\_

**Cibles et objectifs spécifiques**

Priorités et préférences du patient : \_\_\_\_\_

- Réponse au traitement (amélioration fonctionnelle) dans 2 à 8 semaines  
 Rémission des symptômes en moins 12 semaines (score GAD-7 < 5 points) (faire titration)  
 Atteindre la dose minimale la plus efficace possible (sevrage complet si possible)

État fonctionnel visé (ex : journées typiques, activités) : \_\_\_\_\_

**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

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

Mesures non-pharmacologiques en cours :  Psychothérapie : \_\_\_\_\_  Méditation: \_\_\_\_\_ Activité physique : \_\_\_\_\_  Autres : \_\_\_\_\_**Communiquez avec le médecin traitant dans les situations suivantes**

Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, ajout, selon jugement.

 Autres : \_\_\_\_\_**Commentaires :** \_\_\_\_\_Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Professionnel effectuant le transfert : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

