

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

Nom :

Tél. :

Téléc. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

Téléphone :

TDAHIndication : ☐ Inattention ☐ Hyperactivité/Impulsivité

Taille : _____ (percentile _____) Poids : _____ (percentile _____) TA : _____ FC : _____

Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, café, exercice, sommeil) : _____

Trouble(s) d'apprentissage ou associés : _____

Autres comorbidités (cardiovasculaires, etc) : _____

Cibles :☐ Vie sociale/privée : _____☐ Éducation/Travail : _____☐ SNAP-IV : < 13/27 Inattention ET < 13/27 Hyperactivité/Impulsivité ET < 8/24 Td oppositionnel-provocation**Historique**

Date d'initiation du 1er traitement : _____

Questionnaire utilisé : _____ Score : _____ Date : _____

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

Enseignement des MNP déjà réalisé : ☐ Oui ☐ Non

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

Personne ressource (famille/école) et lien avec le patient : _____

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 _____

Calcul de la qté totale en mg de la prescription (dose max X qté X nb de ren) : _____

Suivis attendus☐ Suivi du poids/taille ☐ Suivi de la TA/FC ☐ Autre : _____**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.

☐ Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement)☐ Autre : _____ (dose maximale ou minimale)

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

- ☐ Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) - Vigilance
- ☐ SNAP-IV 26 - échelle d'évaluation pour le parent/professeur
- ☐ ASRS - échelle d'évaluation pour adulte

Enseignement réalisé

TDAH

- ☐ Rôle des psychostimulants, de la guanfacine (Intuniv XR) ou de l'atomoxétine (Strattera)
- ☐ Cibles personnalisées et questionnaire SNAP-IV ou ASRS

Médicament

- ☐ Explication de la méthode de prise
- ☐ Interactions potentielles avec les médicaments prescrits, MVL
- ☐ Que faire en cas d'oubli
- ☐ Conservation des médicaments

Effets indésirables

- ☐ Présentation des effets indésirables fréquents, incluant les inquiétudes quant à la croissance

Mesures non pharmacologiques

- ☐ Traitement psychosocial
- ☐ Intégration d'interventions psychosociales à l'école
- ☐ Recommandations par rapport aux habitudes de vie : activité physique, boissons énergisantes, café, sommeil suffisant.

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - TDAH

Date : _____

Indication : ☐ Inattention ☐

Hyperactivité/Impulsivité

Mise à jour du dossier

Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, café, exercice, sommeil) : _____

Poids : _____/percentile _____ Taille : _____/percentile _____ TA /FC : _____

Évaluation

Médicament et dose actuelle : _____ Observance : _____

Atteinte des cibles (efficacité)☐ Cibles atteintes : _____☐ Cibles non atteintes : _____☐ Score SNAP IV 26 : _____**Effets indésirables (innocuité)**☐ Aucun ☐ Insomnie ☐ Effet "zombie" ☐ Perte d'appétit ☐ Autres : _____**Psychostimulants :** Augmentation TA / FC, diminution d'appétit, constipation/diarrhée, sécheresse buccale, troubles GI (crampes GI), No/Vo, anxiété, étourdissements, dysphorie/irritabilité, maux de tête, insomnie en début de nuit, somnolence, effet rebond, tics, dysfonction sexuelle (rare), réactions cutanées.**Guanfacine (Intuniv XR) :** Diminution TA / FC, augmentation TA/FC lors de l'arrêt brusque, maux de tête, constipation/diarrhée, sécheresse buccale, troubles GI, énurésie, somnolence, No/Vo, anxiété (incidence faible), dysphorie/irritabilité (rare), diminution appétit (incidence faible), insomnie en début de nuit (incidence faible) réactions cutanées (incidence faible).**Atomoxétine (Strattera) :** Somnolence, troubles GI, No/Vo,, dysphorie/irritabilité, maux de tête, augmentation de la TA/FC, diminution d'appétit, constipation/diarrhée, sécheresse buccale, anxiété, tics (rares), dysfonction sexuelle, insomnie en début de nuit (observée chez les adultes), réactions cutanées.

Stratégies de contrôle discutées : _____

Plan☐ Aucun changement Patient informé du plan : ☐ Oui ☐ Non☐ Ajustement de dose (rappel : dose max : _____ mg)

Nouvelle ordonnance : _____ mg

Nombre de comprimés : _____ co

Calcul des doses restantes (2 méthodes suggérées)

1) Rx initiale : _____ co. x _____ mg = _____ mg prescrit

Total utilisé : _____ co. x _____ mg = _____ mg utilisé

Rx : (_____ mg prescrit - _____ mg utilisé) / _____ mg (nouvelle dose) = _____ comprimés

2) Selon les comprimés restants : _____ co. restants x _____ mg = _____ mg restant

Rx : _____ mg restant / _____ mg (nouvelle dose) = _____ comprimés

Prochain suiviDate prévue : _____ ☐ Inscrit à l'agendaCommunication avec le prescripteur (obligatoire si changement dose): ☐ Non requis ☐ Oui fax envoyé

Nom du pharmacien : _____ Signature : _____ Licence : _____



Communication des suivis réalisés – TDAH

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 : _____

Atteinte des cibles (efficacité)☐ Cibles atteintes : _____☐ Cibles non atteintes : _____☐ Score SNAP IV 26 : _____

Autres informations pertinentes : _____

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 : _____	

