

Formulaire de transfert - Diabète**Médecin traitant ou IPS**

Nom :

Tél. :

Télec. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

Téléphone :

Diabète (rappel DFG ajusté = CKD-EPI du labo * SC / 1.73)

Indication : ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ Autre _____ Antécédents (Arythmies, IR, IH, IC (FEVG)) : _____
 Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ DFGe ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____
 Habitudes de vie : ☐ Tabac : _____ ☐ Alcool : _____ ☐ Drogues : _____ ☐ Exercice : _____
 Facteurs de risque : ☐ HTA ☐ ATCD familial MCV ☐ Durée du diabète > 15 ans ☐ DLP
 Macrovasculaire : ☐ Cardiopathie ischémique ☐ Mx artérielle périphérique ☐ Mx cérébrovasculaire/carotidienne
 Microvasculaire : ☐ Rétinopathie ☐ Néphropathie (RAC \geq 2,0) ☐ Neuropathie

Cibles (glycémie en mmol/L)

Glycémie : ☐ À jeun 4.0 - 7.0 ☐ 2 hrs après repas : 5.0 - 10.0 ☐ 2 hrs après repas : 5.0 - 8.0
Hémoglobine glyquée : ☐ A1c < 6.5 % ☐ A1c < 7.0 % ☐ A1c < 8.5 %
☐ Autre : _____ (au besoin, se référer à Diabète Canada)

Historique

Date d'initiation du 1er antidiabétique : _____ Raison : _____
 Valeurs initiales avant Tx : HbA1c _____ ; glycémies _____ ; date : _____
 Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée) : _____
 Enseignement des MNP déjà réalisé : ☐ Oui ☐ Non
 Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____
 Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ ☐ Patient avisé du transfert

Molécule	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose maximale
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débiter PRN			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débiter PRN			

Analyses de laboratoires ☐ A1c ☐ Créatinine ☐ Électrolytes ☐ Autre : _____

☐ Fait récemment, voir DSQ ☐ Requête remise, date prévue : _____ ☐ À assurer par pharmacien

Communiquez avec le prescripteur dans les situations suivantes

Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, arrêt, ajout, selon jugement.
☐ Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement)
☐ Autre : _____ ☐ Soins à domicile si pertinent : _____

Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires

☐ Il s'agit d'une initiation de traitement. ☐ Autres : _____

Période de validité de cette ordonnance

☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ Veuillez aviser le médecin à la fin de cette validité

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

Professionnel effectuant le transfert : _____ Licence : _____ Date : _____
 Signature : _____ Téléphone : _____ Fax : _____