

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

Nom :

Tél. :

Téléc. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

Téléphone :

Hypothyroïdie	Dose actuelle	Début du traitement	Dernier changement de dose
Lévothyroxine			
TSH visée	Dernier contrôle TSH	Intervalle suggéré (prochaine TSH)	
<input type="checkbox"/> valeurs normales du laboratoire <input type="checkbox"/> 0,4 – 4 mU/L <input type="checkbox"/> Autre * : _____ <i>* ATA 2014 : possible de cibler une TSH plus élevée chez les patients âgés, suggéré entre 4 – 6 mU/L (>70 ans) ; individualiser au besoin</i>	Date : _____ Résultat : _____	<input type="checkbox"/> 4 – 6 sem <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Autre : _____	

Si grossesse détectée

- ☐ Référer au médecin de famille
☐ Continuer la prise en charge durant toute la grossesse et le post-partum
☐ Continuer la prise en charge jusqu'au premier RV obstétrical et contacter le médecin qui fera le suivi
 ET ☐ Modifier la cible supérieure de TSH visée : < 2,5 mU/L (ATA 2017)**
☐ Autre : _____
*** Recommandations : augmenter le dosage hebdomadaire de 20-30% dès que la grossesse est détectée (par exemple : 2 comprimés de plus par semaine). Pour plus d'information, consultez les lignes directrices de l'American Thyroid Association (ATA), recommandations 32 et 36 : <https://www.thyroid.org>*

Analyses de laboratoire ☐ TSH ☐ T4I ☐ Autre : _____

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

Communiquer 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)
☐ Autres : _____

Historique - Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires

- Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____ ☐ Patient avisé du transfert
☐ Il s'agit d'une initiation de traitement. ☐ Autre : _____

Période de validité de cette ordonnance

- ☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ Veuillez aviser le prescripteur 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 : _____