

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

Nom :

Tél. :

Téléc. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

Téléphone :

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

Indication : ☐ HTA primaire ☐ HTA secondaire à _____
 Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ DFGe ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____
 Habitudes de vie : ☐ Tabac : _____ ☐ Alcool : _____ ☐ Drogues : _____ ☐ Exercice : _____
 Antécédents (Arythmies, IR, IH, IC (FEVG)) : _____
 Facteurs de risque : ☐ Diabète ☐ ATCD familial MCV ☐ ATCD AVC/ICT
 Score de Framingham : _____ Date : _____

Cibles *MPAC-OS : oscillométrique en série, prise en clinique sans la présence du professionnel (type Bp-Tru)

☐ < 140/90 mmHg (pharmacie/domicile) ou 135/85 mmHg (MPAC-OS*) ☐ < 130/80mmHg (diabétique)
☐ < 120/80 mmHg (risque élevé) ☐ Autre : TA ____/____ mmHg ; FC ____bpm (au besoin, se référer à Hypertension Canada)

Historique

Date d'initiation du 1er antihypertenseur : _____ Raison : _____
 Valeurs initiales avant Tx : TA ____/____ ; FC ____ ; date : _____ ; méthode de mesure : _____
 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 ☐ 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. ☐ 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 : _____