

## Rencontre initiale - Anxiété

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 :

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) : \_\_\_\_\_

Enseignement des MNP déjà réalisé :  Oui  Non

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 _____

### Suivis attendus

- Innocuité à 1-2 semaines
- Efficacité à 4 à 8 semaines
- Titrage
- Sevrage

### 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.

- 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

## **Feuilles remis**

- L'anxiété - Vigilance
- Échelle GAD-7
- Site web Mon Relief
- Brochure des applications pour cellulaire
- Ressources si idées suicidaires : appeler 1-866-APPELLE, texter 9-8-8 ou se rendre aux urgences

## **Enseignement réalisé**

### **Anxiété**

- Chronicité et fluctuation de l'atteinte
- Cibles personnalisées et questionnaire GAD-7
- Délai d'efficacité du traitement

### **Médicament**

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

### **Mesures non pharmacologiques**

- Psychothérapie (site web de l'Ordre des psychologues du Québec)
- Programme d'aide aux employés (PAE)
- Activité physique
- Méditation, relaxation
- Hygiène du sommeil
- Recommandations par rapport aux habitudes de vie (tabac, caféine)

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_





## Communication des suivis réalisés – Anxiété

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient dont les ajustements et le suivi de l'anxiété sont pris en charge par le pharmacien communautaire

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom :	Nom :
Tél. :	Téléc. :
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 : \_\_\_\_\_

GAD-7 (Date et copie) : \_\_\_\_\_

Rétablissement atteint :  Oui  Non

Détails : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 : _____	

