

## Formulaire de transfert - Migraine

Médecin traitant ou IPS	Patient		
Nom : _____	Nom : _____		
Tél. : _____	DDN : _____		
No permis : _____	Téléphone : _____		
<b>Migraine</b>			
Type de migraine : <input type="checkbox"/> Menstruelle <input type="checkbox"/> Épisodique <input type="checkbox"/> Chronique ( $\geq 15$ jrs/mois) <input type="checkbox"/> Avec aura <input type="checkbox"/> _____			
Nombre d'épisodes par mois: _____ Sévérité : score Midas : _____ score HIT-6 : _____			
Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ DFGe ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____			
Habitudes de vie : <input type="checkbox"/> Tabac : _____ <input type="checkbox"/> Alcool : _____ <input type="checkbox"/> Drogues : _____ <input type="checkbox"/> Exercice : _____			
Antécédents (AVC, ICT, infarctus, angine) : _____			
Comorbidités (dépression, anxiété, insomnie, douleur, HTA) : _____			
<b>Cibles (prophylaxie de la migraine)</b>			
<input type="checkbox"/> Diminuer les jours de prise de traitement de secours par mois de 50% <input type="checkbox"/> Diminuer la sévérité des épisodes de 50% <input type="checkbox"/> Diminuer le score Midas ou HIT-6 de 50% <input type="checkbox"/> Autre : _____			
<b>Historique</b>			
Date des premiers épisodes de migraine : _____			
Date d'initiation du 1er tx prophylactique : _____			
Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée) : _____			
Enseignement des MNP et facteurs précipitants déjà réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Outils remis : <input type="checkbox"/> Journal de la migraine <input type="checkbox"/> Application: _____			
Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____			
Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ <input type="checkbox"/> Patient avisé du transfert			
Molécule	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose maximale
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel			
Si échec/intolérance, modifier pour _____			
<b>Communiquez avec le prescripteur dans les situations suivantes</b>			
Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, arrêt, ajout, selon jugement.			
<input type="checkbox"/> Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement) <input type="checkbox"/> Autres : _____			
<b>Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires</b>			
<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une initiation de traitement. <input type="checkbox"/> Autres : _____			
<b>Période de validité de cette ordonnance</b>			
<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> 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 : _____	