

Formulaire de transfert - Dépression (trouble dépressif caractérisé)

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom : _____	Nom : _____
Tél. : _____	Téléc. : _____
No permis : _____	DDN : _____
Téléphone : _____	

Dépression	* (consulter le protocole médical national de l'INESSS au besoin)
Indication : <input type="checkbox"/> 1er épisode <input type="checkbox"/> 2e épisode <input type="checkbox"/> ≥ 3e épisode _____	
<input type="checkbox"/> Trouble d'adaptation avec humeur dépressive <input type="checkbox"/> Sevrage suite à rétablissement	
Score PHQ-9 (ci-joint) : _____ Date : _____	
Symptômes et atteintes AVQ/AVD : _____	
Idées suicidaires : _____	
Occupation : _____	Sommeil : _____
Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues) : _____	
Autres comorbidités (anxiété, insomnie,) : _____	

Cibles et objectifs spécifiques
Priorités et préférences du patient : _____
<input type="checkbox"/> PHQ-9 : ↓ > 50% des symptômes en 4 semaines
<input type="checkbox"/> Rémission des symptômes en 6 à 12 semaines (score PHQ-9 < 5 points) (faire titration)
<input type="checkbox"/> 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) : _____
Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ <input type="checkbox"/> Patient avisé du transfert

Molécule (nom ou famille)	Dose initiale	Dose max.	Quantité	Renouvellement
Tx : _____			___ co.	Ren x _____
Tx : _____			___ co.	Ren x _____
Si échec/intolérance → _____			___ co.	Ren x _____

Mesures non-pharmacologiques : <input type="checkbox"/> Psychothérapie : _____ <input type="checkbox"/> Luminothérapie
<input type="checkbox"/> Activité physique : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____

Communiquez avec le médecin traitant dans les situations suivantes

Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, ajout, selon jugement.
<input type="checkbox"/> Autres : _____

Commentaires : _____

Nom du pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____	Fax : _____	
Professionnel effectuant le transfert : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Téléphone : _____	Fax : _____