

**Formulaire de transfert - Hypertension**

<b>Médecin traitant ou IPS</b>	<b>Patient</b>		
Nom : _____	Nom : _____		
Tél. : _____	Téléc. : _____		
No permis : _____	DDN : _____		
Téléphone : _____			
<b>Hypertension</b> (rappel DFG ajusté = CKD-EPI du labo * SC / 1.73)			
Indication : <input type="checkbox"/> HTA primaire <input type="checkbox"/> HTA secondaire à _____ 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 (Arythmies, IR, IH, IC (FEVG)) : _____ Facteurs de risque : <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> ATCD familial MCV <input type="checkbox"/> ATCD AVC/ICT Score de Framingham : _____ Date : _____			
<b>Cibles</b> *MPAC-OS : oscillométrique en série, prise en clinique sans la présence du professionnel (type Bp-Tru) <input type="checkbox"/> < 140/90 mmHg (pharmacie/domicile) ou 135/85 mmHg (MPAC-OS*) <input type="checkbox"/> < 130/80mmHg (diabétique) <input type="checkbox"/> < 120/80 mmHg (risque élevé) <input type="checkbox"/> Autre : TA ____/____ mmg ; FC ____ bpm (au besoin, se référer à Hypertension Canada)			
<b>Historique</b> 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____ Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ <input type="checkbox"/> Patient avisé du transfert			
<b>Molécule</b>	<b>Dose actuelle</b>	<b>Dose idem depuis (date)</b>	<b>Dose maximale</b>
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débuter PRN			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débuter PRN			
<b>Analyses de laboratoires</b> <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Électrolytes <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Fait récemment, voir DSQ <input type="checkbox"/> Requête remise, date prévue: _____ <input type="checkbox"/> À assurer par pharmacien			
<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"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Soins à domicile si pertinent :			
<b>Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires</b> <input type="checkbox"/> Il s'agit d'une initiation de traitement. <input type="checkbox"/> Autre : _____			
<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 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 : _____	