

Rencontre initiale - Dépression

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

Dépression

Indication : 1er épisode 2e épisode ≥ 3e épisode _____
 Trouble d'adaptation avec humeur dépressive Sevrage suite à rétablissement
Score PHQ-9 (ci-joint) : _____ Date : _____
Symptômes et atteintes AVQ/AVD : _____
Idées suicidaires : _____
Occupation : _____ Sommeil : _____ Exercice : _____
Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues) : _____
Autres comorbidités (anxiété, insomnie,) : _____
Contact d'urgence/Ressource : _____ Tel : _____

Cibles :

Priorités et préférences du patient : _____
 Amélioration des symptômes végétatifs (sommeil, appétit, énergie) en 2 semaines
 PHQ-9 : ↓ > 50% des symptômes en 4 semaines
 Rémission des symptômes en 6 à 12 semaines (score PHQ-9 < 5 points)
 Atteindre la dose minimale la plus efficace

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 : _____ 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

- Suivi de l'innocuité et de l'adhésion dans 1 semaine.
- Suivi de l'efficacité (score PHQ-9) dans 2 semaines puis dans 4 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 : _____

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

- Feuillet d'information sur la Dépression - Vigilance
- Échelle PHQ-9
- Site web Mon Relief
- Ressources si idées suicidaires : appeler 1-866-APPELLE, texter 9-8-8 ou se rendre aux urgences

Enseignement réalisé

Dépression

- Explication des signes et symptômes et des objectifs du traitement
- Cible personnalisée et PHQ-9
- Délai d'efficacité du traitement

Médicament

- Explication de la méthode de prise
- Interactions potentielles avec les médicaments prescrits, MVL et PSN
- Quoi 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
- Luminothérapie
- Méditation, relaxation
- Hygiène du sommeil
- Recommandations par rapport aux habitudes de vie

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - Dépression

Date : _____

Patient
Nom : _____
DDN : _____
Téléphone : _____

Traitement actuel :

Médicament et dose actuelle : _____ Observance : _____

Mesures non-pharmacologiques en cours :

- Psychothérapie (Coordonnée du professionnel) : _____
 Exercice physique : _____
 Autres : _____

Évaluation

Score PHQ-9 ce jour (joindre) : _____ versus score antérieur : _____ le _____ (date)

Présence des symptômes dépressifs suivants :

- Diminution intérêt et plaisir Changement dans l'humeur Insomnie Hypersomnie
 Fatigue et peu d'énergie Perte d'appétit Gain d'appétit Sentiment de dévalorisation
 Difficulté de concentration Agitation Lenteur Idées suicidaires

Changements dans les symptômes : _____

Changements dans les atteintes des AVQ/AVD : _____

Cibles atteintes : oui non Détails : _____

Tolérance

Effets indésirables : Aucun Oui : _____

Gestion des E.I. discutée (si applicable) : _____

ISRS et ISRN : Nausée (transitoire), constipation/diarrhée (transitoire), xérostomie, somnolence, insomnie, étourdissement, tremblements, diaphorèse, gain de poids,, SIADH (attention hyponatrémie chez personnes âgées), anorgasmie

ISRN : Comme ISRS + augmentation de la fréquence cardiaque et tension artérielle possible

Inhibiteur du recaptage de la norépinéphrine et de la dopamine (Bupropion) : Insomnie, anxiété, tremblements, céphalées, constipation, xérostomie, éruption cutanée, perte de poids

Antagonistes 5-HT2A/C et alpha2 (Mirtazapine) : Augmentation de l'appétit (gain de poids), effet sédatif ou stimulant (dose-dépendant), étourdissement, xérostomie, constipation

Plan

MNP discutées ce jour (psychothérapie, PAE, exercice, méditation, sommeil, luminothérapie, TS) : _____

Aucun changement

Ajustement de dose

Patient informé du plan : Oui Non

Ceci est une prescription, durée : _____

Si idées suicidaires : appeler 1-866-APPELLE, texter 9-8-8 ou se rendre aux urgences

Prochain suivi

Date prévue : _____

Inscrit à l'agenda

Communication avec le prescripteur : Non requis Oui fax envoyé

Nom du pharmacien : _____ Signature : _____ Licence : _____



Communication des suivis réalisés – Dépression

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

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

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 : _____

PHQ-9 (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 : _____	

