

Documents de transferts - TDAH

Version - 26 juillet 2023

Médecin traitant ou IPS	Patient			
Nom : _____	Nom : _____			
Tél. : _____	Téléc. : _____			
No permis : _____	DDN : _____			
Téléphone : _____				
TDAH				
Indication : <input type="checkbox"/> Inattention <input type="checkbox"/> Hyperactivité/impulsivité				
Taille : _____ (percentile _____) Poids : _____ (percentile _____) TA : _____ FC : _____				
Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, café, exercice, sommeil) : _____				
Trouble(s) d'apprentissage ou associés : _____				
Autres comorbidités (cardiovasculaires, etc) : _____				
Cibles et objectifs spécifiques				
<input type="checkbox"/> Vie sociale/privée : _____				
<input type="checkbox"/> Éducation/travail : _____				
<input type="checkbox"/> SNAP-IV : < 13/27 Inattention ET < 13/27 Hyperactivité/Impulsivité ET < 8/24 Tb oppositionnel-provocation				
Historique				
Questionnaire utilisé : _____ Score : _____ Date : _____				
Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée) : _____				
Professionnel qui suivait le patient (MD, inf, ph) : _____				
Personne ressource (famille/école) et lien avec le patient : _____				
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 _____
Au pharmacien: Pour les ajustements, calculer le nombre total de mg prescrit (dose max X qté X nb de ren)				
Suivis attendus (par le pharmacien)				
<input type="checkbox"/> Suivi du poids/taille <input type="checkbox"/> Suivi de la TA/FC <input type="checkbox"/> Autre : _____				
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"/> Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement)				
<input type="checkbox"/> Autres : _____				
Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires				
<input type="checkbox"/> Autre : _____				

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