

Médecin traitant ou IPS

Nom :

Tél. :

Téléc. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

Téléphone :

TDAH

Indication : ☐ Inattention ☐ 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

☐ Vie sociale/privée : ____☐ Éducation/travail : ____☐ 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 : ____ ☐ 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)

☐ Suivi du poids/taille ☐ Suivi de la TA/FC ☐ Autre : ____

Communiquez avec le médecin traitant dans les situations suivantes

Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, ajout, selon jugement.

☐ Seulement une fois par ____ (refus d'être avisé à chaque ajustement)☐ Autres : ____

Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires

☐ Autre : ____

Nom du pharmacien : ____ Licence : ____ Date : ____

Signature : ____ Nom de la pharmacie : ____

Téléphone : ____ Fax : ____

Professionnel effectuant le transfert : ____ Licence : ____ Date : ____

Signature : ____ Téléphone : ____ Fax : ____