

**Rencontre initiale - Anxiété****Médecin traitant ou IPS**

Nom : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_

No permis : \_\_\_\_\_

**Patient**

Nom : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Trouble anxieux**

Type de troubles anxieux : \_\_\_\_\_

Score GAD-7 (ci-joint) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Symptômes et atteintes AVQ/AVD : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ Sommeil : \_\_\_\_\_ Exercice : \_\_\_\_\_

Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, café) : \_\_\_\_\_

Autres comorbidités (dépression, insomnie, ....) : \_\_\_\_\_

**Cibles :**

Priorités et préférences du patient : \_\_\_\_\_

- ☐ Réponse au traitement (amélioration fonctionnelle) dans 2 à 8 semaines
- ☐ Rémission des symptômes en moins 12 semaines (score GAD-7 < 5 points) (faire titration)
- ☐ 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) : \_\_\_\_\_

Enseignement des MNP déjà réalisé : ☐ Oui ☐ NonDernier 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**

- ☐ Innocuité à 1-2 semaines ☐ Efficacité à 4 à 8 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 : \_\_\_\_\_ (dose maximale ou minimale)



### **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

### **Feuillets remis**

- ☐ L'anxiété - Vigilance
- ☐ Échelle GAD-7
- ☐ Site web Mon Relief
- ☐ Brochure des applications pour cellulaire
- ☐ Ressources si idées suicidaires : appeler 1-866-APPELLE, texter 9-8-8 ou se rendre aux urgences

### **Enseignement réalisé**

#### **Anxiété**

- ☐ Chronicité et fluctuation de l'atteinte
- ☐ Cibles personnalisées et questionnaire GAD-7
- ☐ Délai d'efficacité du traitement

#### **Médicament**

- ☐ Explication de la méthode de prise
- ☐ Interactions potentielles avec les médicaments prescrits, MVL
- ☐ Que 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
- ☐ Méditation, relaxation
- ☐ Hygiène du sommeil
- ☐ Recommandations par rapport aux habitudes de vie (tabac, caféine)

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



Suivi - Anxiété

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**

Type d'anxiété : \_\_\_\_\_

Score GAD-7 ce jour : \_\_\_\_\_

Présence des symptômes suivants :

- ☐ Sentiment de nervosité, anxiété ou de tension ☐ Incapacité de contrôler inquiétudes
- ☐ Inquiétude excessive à propos de tout ou de rien ☐ Difficulté à se détendre
- ☐ Facilement contrarié ou irritable ☐ Peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver.

Nombre de crise d'anxiété depuis dernier suivi (Date, déclencheur) : \_\_\_\_\_

Changements dans symptômes : \_\_\_\_\_

Changements dans atteintes des AVQ/AVD : \_\_\_\_\_

Cibles atteintes : ☐ oui ☐ non Détails : \_\_\_\_\_**Tolérance**Effets indésirables : ☐ Aucun ☐ Oui : \_\_\_\_\_

Gestion des E.I. discutée : \_\_\_\_\_

**SRS et ISRN** : Nausée (transitoire), constipation/diarrhée (transitoire), xérostomie, somnolence, insomnie, étourdissement, tremblements, diaphorèse, gain de poids, SIADH (attention hyponatrémie chez personnes âgées), anorgasmie**Anxiolytiques (pregabalin et gabapentin)** : OMI, somnolence, bouche sèche, étourdissement, fatigue.**Antipsychotiques (quétiapine)** : bouche sèche, somnolence, céphalées, étourdissements, hypotension orthostatique, effets extrapyramidaux, gain de poids**Benzodiazépines** : sédation, étourdissement, délirium, ataxie, fatigue, faiblesse musculaire, nystagmus, trouble de la mémoire antérograde, difficulté à se concentrer, dépendance, symptômes de sevrage si arrêt brusque.**Plan**☐ MNP discutées ce jour (psychothérapie, PAE, exercice, méditation, sommeil) : \_\_\_\_\_☐ Aucun changement☐ Ajustement de dosePatient 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'agendaCommunication avec le prescripteur : ☐ Non requis ☐ Oui fax envoyé

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_



**Communication des suivis réalisés – Anxiété**

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

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

**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 : \_\_\_\_\_

GAD-7 (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 : _____	

