

Formulaire de transfert - Dépression (trouble dépressif caractérisé)

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

Dépression * (consulter le protocole médical national de l'INESSS au besoin)

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,) : _____

Cibles et objectifs spécifiques

Priorités et préférences du patient : _____

☐ PHQ-9 : ↓ > 50% des symptômes en 4 semaines

☐ Rémission des symptômes en 6 à 12 semaines (score PHQ-9 < 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) : _____

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 _____

Mesures non-pharmacologiques : ☐ Psychothérapie : _____ ☐ Luminothérapie

☐ Activité physique : _____ ☐ Autres : _____

Communiquez avec le médecin traitant dans les situations suivantes

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

☐ Autres : _____

Commentaires : _____

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____

Signature : _____ Nom de la pharmacie : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Professionnel effectuant le transfert : _____ Licence : _____ Date : _____

Signature : _____ Téléphone : _____ Fax : _____