

Formulaire de transfert - Insomnie**Médecin traitant ou IPS**

Nom :

Tél. :

Téléc. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

Téléphone :

InsomnieType d'insomnie : ☐ Insomnie aiguë ($\geq 3x$ /semaine et < 3 mois)☐ Insomnie chronique ($\geq 3x$ /semaine et ≥ 3 mois) ☐ Autre trouble de l'insomnie

Score au questionnaire ISI (Index de sévérité de l'insomnie) : _____ Date : _____

Symptômes : ☐ Difficulté à s'endormir (Temps requis pour s'endormir : _____) ☐ Fatigue associée☐ Difficulté à rester endormi (Fréquence de réveil précoce par nuit : _____) ☐ Somnolence diurne

Depuis quand : _____ Heure de réveil : _____ Heure de coucher : _____ # d'heures de sommeil/nuit : _____

Habitudes de vie (café, tabac, alcool, drogues) : _____

Autres comorbidités pertinentes : _____

Cibles et objectifs spécifiques☐ Initier le sommeil en < 30 minutes ☐ Réduire le nombre de réveil précoce pendant la nuit☐ Atteinte d'un score ISI < 8 points ☐ Nombre d'heure de sommeil/nuit : _____☐ 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) : _____

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 : _____ <input type="checkbox"/> PRN			____ co.	Ren x _____
Si échec/intolérance → _____			____ co.	Ren x _____
Si échec/intolérance → _____			____ co.	Ren x _____

Mesures non-pharmacologiques : _____

Éléments d'hygiène du sommeil à suivre : _____

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 : _____**Commentaires :** _____

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____

Signature : _____ Nom de la pharmacie : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

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

Signature : _____ Téléphone : _____ Fax : _____