

## Formulaire de transfert - Hypothyroïdie

Médecin traitant ou IPS		Patient	
Nom : _____		Nom : _____	
Tél. : _____	Téléc. : _____	DDN : _____	
No permis : _____		Téléphone : _____	
Hypothyroïdie	Dose actuelle	Début du traitement	Dernier changement de dose
Lévothyroxine			
TSH visée		Dernier contrôle TSH	Intervalle suggéré (prochaine TSH)
<input type="checkbox"/> valeurs normales du laboratoire <input type="checkbox"/> 0,4 – 4 mU/L <input type="checkbox"/> Autre * : _____ <small>* ATA 2014 : possible de cibler une TSH plus élevée chez les patients âgés, suggéré entre 4 – 6 mU/L (&gt;70 ans) ; individualiser au besoin</small>		Date : _____  Résultat : _____	<input type="checkbox"/> 4 – 6 sem <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Si grossesse détectée</b>			
<input type="checkbox"/> Référer au médecin de famille <input type="checkbox"/> Continuer la prise en charge durant toute la grossesse et le post-partum <input type="checkbox"/> Continuer la prise en charge jusqu'au premier RV obstétrical et contacter le médecin qui fera le suivi ET <input type="checkbox"/> Modifier la cible supérieure de TSH visée : < 2,5 mU/L (ATA 2017)* <input type="checkbox"/> Autre : _____ <small>** Recommandations : augmenter le dosage hebdomadaire de 20-30% dès que la grossesse est détectée (par exemple : 2 comprimés de plus par semaine). Pour plus d'information, consultez les lignes directrices de l'American Thyroid Association (ATA), recommandations 32 et 36 : <a href="https://www.thyroid.org">https://www.thyroid.org</a></small>			
<b>Analyses de laboratoire</b> <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> T4I <input type="checkbox"/> Autre : _____			
<input type="checkbox"/> Fait récemment, voir DSQ <input type="checkbox"/> Requête remise, date prévue: _____ <input type="checkbox"/> À assurer par pharmacien			
<b>Communiquer avec le prescripteur dans les situations suivantes</b>			
Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, arrêt, ajout, selon jugement.			
<input type="checkbox"/> Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement) <input type="checkbox"/> Autres : _____			
<b>Historique - Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires</b>			
Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____		<input type="checkbox"/> Patient avisé du transfert <input type="checkbox"/> Il s'agit d'une initiation de traitement. <input type="checkbox"/> Autre : _____	
<b>Période de validité de cette ordonnance</b>			
<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> Veuillez aviser le prescripteur à la fin de cette validité			
Nom du pharmacien : _____		Licence : _____ Date : _____	
Signature : _____		Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____		Fax : _____	
Professionnel effectuant le transfert : _____		Licence : _____ Date : _____	
Signature : _____		Téléphone : _____ Fax : _____	