

Rencontre initiale - Migraine

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

MigraineType de migraine : Menstruelle Épisodique Chronique (≥ 15 jrs/mois) Avec aura _____

Nombre d'épisodes par mois: _____ Sévérité : score Midas : _____ score HIT-6 : _____

Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ DFGe ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____

Habitudes de vie : Tabac : _____ Alcool : _____ Drogues : _____ Exercice : _____

Antécédents (AVC, ICT, infarctus, angine) : _____

Comorbidités (dépression, anxiété, insomnie, douleur, HTA) : _____

Cibles : Diminuer les jours de prise de traitement de secours par mois de 50% Diminuer la sévérité des épisodes de 50% Diminuer le score Midas ou HIT-6 de 50% Autre : _____Historique

Date des premiers épisodes de migraine : _____

Date d'initiation du 1er tx prophylactique : _____

Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée) : _____

Enseignement des MNP déjà réalisé : Oui NonOutils remis : Journal de la migraine Application : _____

Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____

Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ Patient avisé du transfertCondition actuelle ou prise de médicament pouvant influencer les migraines : Oui NonPharmacothérapie

Molécule	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose maximale
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel			
Si échec/intolérance, modifier pour _____			

Équipe traitante et quand la contacter

Nom du professionnel à contacter : _____ Licence : _____

Coordonnées : _____

Raison de contacter le prescripteur (sauf avis contraire, le pharmacien doit aviser le prescripteur si changement de dose, arrêt ou ajout) Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement) Autre : _____Période de validité de l'ordonnance 1 an 2 ans 5 ans Veuillez aviser le médecin à la fin de cette validité

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 : _____ Inscrit à l'agenda

Suivi du patient

Tolérance

Titrage prévu : _____

Date du prochain suivi pour tolérance : _____

Efficacité

Une fois la dose cible (ou dose maximale tolérée) atteinte, évaluer l'efficacité après 2 à 3 mois de traitement.

Outil de suivi à utiliser : score HIT-6 score Midas Calendrier des migraines (lequel) : _____

Si le patient souhaite partager ses résultats à partir de son application de calendrier des migraines, lui donner les coordonnées à utiliser (fax ou courriel de la pharmacie).

Premier suivi d'efficacité devrait avoir lieu : _____ Mis à l'agenda Rappel inscrit

Laboratoires (si pertinent)

Labos demandés : _____ Date prévue : _____

Remis au patient : Oui Non Mis à l'agenda

Feuilles remis

Maux de tête (Vigilance) Approche alimentaire (vigilance) Site web Migraine Québec

Choix du calendrier des migraines: Calendrier vigilance Calendrier migraine Québec

Application Migraine Tracker (migraine Canada) Application Migraine Buddy Autre : _____

Enseignement réalisé

Migraine

- Rôle des traitements de secours et prophylactiques
- Attentes envers la médication
- Facteurs aggravants ou déclencheurs
- Comment et quand contacter la clinique ou son médecin

Traitements prophylactiques

- Cibles personnalisées (journal, HIT-6, MIDAS)
- Explication de la méthode de prise
- Interactions potentielles
- Que faire en cas d'oubli
- Conservation des médicaments

Effets indésirables

- Présentation des effets indésirables fréquents
- Gestion des effets indésirables

Mesures non pharmacologiques

- Recommandations par rapport aux habitudes de vie.
- Interactions avec les médicaments prescrits, MVL et PSN

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - Migraine

Date : _____
Type de migraine : _____

Patient
Nom :
DDN :
Téléphone :

Tolérance

Effets indésirables (innocuité) : Aucun Oui :

Antidépresseurs : somnolence, effets anticholinergiques, étourdissement, ↑ poids, hypoTA, troubles sexuels, No/Vo

Bêta-bloquants : Fatigue, hypotension, bradycardie, bronchospasme, troubles du sommeil

ARA et IECA : Hypotension, étourdissements, toux, insuffisance rénale, hyperkaliémie

Gabapentine : Oedème périphérique, somnolence, étourdissements, nausées, vomissements, ataxie

Topiramate : No/D, dépression, dysgueusie, confusion, paresthésies, fatigue, somnolence, ↓ poids, trouble mémoire et langage

Acide valproïque : Nausées, vomissements, somnolence, gain de poids, alopécie, tremblements, hépatotoxicité

Doses	Dates (modifications)	Tolérance

Efficacité

	Valeurs de départ	Cibles	Résultats du dernier mois
Nombre épisodes/mois			
Score HIT-6			
Score Midas			
Sévérité moyenne des épisodes			
Prise Rx de secours/mois			

Évaluation

Observance : _____

Mesures non pharmacologiques abordées : _____

Plan Aucun changement Ajustement (voir-ci-dessous) Patient informé du plan : Oui Non

Molécule	Dose actuelle	Nouvelle dose	Date	Dose maximale

Ceci est une prescription, durée : _____

Prochain suivi

Date prévue : _____ Inscrit à l'agenda

Avant le RDV, patient doit compléter : Calendrier Score HIT-6 Score Midas

Remettre les documents au pharmacien : papier par fax par courriel

Communication avec le prescripteur (obligatoire si changement dose): Non requis Oui fax envoyé

Nom du pharmacien : _____ Signature : _____ Licence : _____



Communication des suivis réalisés - Migraine

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient sous traitement prophylactique des migraines dont les ajustements et le suivi sont pris en charge par le pharmacien communautaire

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom :	Nom :
Tél. : _____	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)

Réalisé le : _____

Molécule en titration et dose actuelle: _____

Efficacité	Valeurs de départ	Cibles	Résultats du dernier mois
Nombre épisodes/mois			
Score HIT-6			
Score Midas			
Sévérité moyenne des épisodes			
Prise Rx de secours/mois			

Plan : Aucun changement Ajustement de dose : _____

Prochain suivi planifié : _____

Prise de sang prévue : Non Oui : _____**3) Discussion d'une situation particulière (réponse requise)**

Description de la situation et demande du pharmacien :

Réponse du médecin ou IPS

Nom du pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____	Fax : _____	
Prescripteur : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Téléphone : _____ Fax : _____	



Communication pour initiation de la prise en charge - Migraine

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient ayant des migraines

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

Raison de la communication

Afin d'assurer un meilleur contrôle des crises de migraines, votre patient/patiente pourrait bénéficier :

- d'une prophylaxie pour la migraine
- d'un ajustement de la dose du traitement prophylactique
- d'un changement de thérapie

Puisque :

- Présente ≥ 2 migraines/mois de grave intensité ou durée et mal maîtrisé par le traitement aigu
- Présente ≥ 4 épisodes/mois qui interfèrent significativement avec la qualité de vie du patient
- Présente ≥ 8 jours/mois qui interfèrent significativement avec la qualité de vie du patient
- Utilisation du traitement aigu plus de 2-3 jours/sem
- Utilisation d'analgésiques ≥ 15 jours/mois ou triptans/ergot/combinés/opioïdes > 10 jours/mois.

Demande de prise en charge du suivi et de l'ajustement du traitement prophylactique de la migraine

Considérant les comorbidités du patient et ses essais antérieurs, nous suggérons d'utiliser la molécule :

_____.

Vous trouverez ci-joint le formulaire pour nous transférer la prise en charge de cet ajustement.

Nous vous suggérons donc de remplir le formulaire ci-joint pour nous indiquer les cibles, contre-indication et toute autre information pertinente qui nous permettra de prendre en charge l'ajustement du traitement prophylactique de la migraine avec votre accord.

Nom du pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____	Fax : _____	
Prescripteur : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Téléphone : _____	Fax : _____

