

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

Nom :

Tél. :

Télec. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

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 : _____ DFG_e 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 (prophylaxie de la migraine)☐ 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 et facteurs précipitants 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 transfert**Molécule****Dose actuelle****Dose idem depuis (date)****Dose maximale**Tx : _____ ☐ actuel

Si échec/intolérance, modifier pour _____

Communiquez avec le prescripteur dans les situations suivantes

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

☐ Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement)☐ Autres : _____**Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires**☐ Il s'agit d'une initiation de traitement. ☐ Autres : _____**Période de validité de cette ordonnance**☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ Veuillez aviser le médecin 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 : _____