

**Formulaire de transfert - Insomnie**

<b>Médecin traitant ou IPS</b>	<b>Patient</b>
Nom : _____	Nom : _____
Tél. : _____	Téléc. : _____
No permis : _____	DDN : _____
Téléphone : _____	

**Insomnie**Type d'insomnie :  Insomnie aiguë ( $\geq 3x/\text{semaine}$  et  $< 3 \text{ mois}$ ) Insomnie chronique ( $\geq 3x/\text{semaine}$  et  $\geq 3 \text{ mois}$ )     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  $< 30 \text{ minutes}$      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 : _____

