

Rencontre initiale - Insomnie

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

InsomnieType 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 : 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) :

Autres antécédents pertinents : _____

Professionnel qui suivait le patient (MD, inf, ph) :

Enseignement des MNP déjà réalisé : Oui Non

Dernier suivi effectué (date) :

Prochain suivi suggéré :

Patient avisé du transfert :

Pharmacothérapie

Molécule (nom ou famille)	Dose initiale	Dose max.	Quantité	Renouvellement
Tx : _____			____ co.	Ren x _____
Tx : _____			____ co.	Ren x _____
Si échec/intolérance → _____			____ co.	Ren x _____

Calcul de la qté totale en mg de la prescription (dose max X qté X nb de ren) : _____

Suivis attendus Efficacité, innocuité dans 1 semaine Fréquence de la prise du Rx Suivi des symptômes de sevrage dans 2 semaines**Équipe traitante**

Nom du professionnel à contacter : _____ Licence : _____

Coordonnées : _____



Raisons de contacter le prescripteur (tel que mentionné par le prescripteur si formulaire de transfert)

Sauf avis contraire, le pharmacien doit aviser le prescripteur si changement de dose, arrêt ou ajout.

Autre : _____ (dose maximale ou minimale)

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 : _____ Mise à l'agenda

Feuilles remis

- Comment obtenir une bonne nuit de sommeil dans médicament
- L'insomnie - Vigilance

Enseignement réalisé

Mesures non pharmacologiques

- Hygiène du sommeil
- Journal du sommeil
- Thérapie cognitivo-comportementales de l'insomnie (TCC-i)

Médicament

- Explication de la méthode de prise
- Interactions potentielles avec les médicaments prescrits, MVL
- Que faire en cas d'oubli
- Conservation des médicaments
- Présentation des effets indésirables fréquents

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - Insomnie

Date : _____

Patient
Nom : _____
DDN : _____
Téléphone : _____

Traitement actuel :

Médicament et dose actuelle : _____ Fréquence de prise : _____

Mesures non-pharmacologiques en cours :

- Psychothérapie : _____
 Mesures d'hygiène du sommeil : _____

ÉvaluationType d'insomnie : Insomnie aiguë (3x/sem et < 3 mois) Insomnie chronique (3x/sem et > 3 mois) Autre : _____

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

Heure du coucher : _____ Heure de réveil : _____ Nombre d'heure de sommeil par nuit : _____

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

Changements dans l'atteintes des AVQ/AVD : _____

Mesures non-pharmacologiques qui fonctionnent : _____

Cibles atteintes : oui non Détails : _____**Tolérance**

Symptômes de sevrage : _____

Effets indésirables : Aucun Oui : _____

Gestion des E.I. discutée (si applicable) : _____

Benzodiazépine : sédation diurne, étourdissement, délirium, ataxie, trouble de la mémoire antérograde, symptômes de sevrage si arrêt brusque, ne pas arrêter brusquement (anxiété, diarrhée, constipation, ballonnements, insomnie, irritabilité, douleur musculaire, agitation) **Mélatonine** : fatigue, somnolence diurne, étourdissement, gain de poids

Agents hypnotiques non-benzodiazépine (hypnotiques en Z) : étourdissement, trouble d'attention ou mémoire verbale, somnambulisme, symptômes de sevrage si arrêt brusque (ne pas arrêter brusquement), goût amer (zopiclone), céphalée.

Antihistaminiques : bouche sèche, rétention urinaire, constipation, tachycardie, étourdissement, céphalée, fatigue, tachyphylaxie

Antidépresseurs (trazodone, mirtazapine) : étourdissements, gain de poids, arythmies, HTO, priapism, idée suicidaire

Plan Aucun changementPatient informé du plan : Oui Non Ajustement de dose Ceci est une prescription. Nouvelle ordonnance : _____ mg Nombre de comprimés : _____ co

Si benzodiazépine, calculer le nombre de mg restant selon l'ordonnance d'origine du médecin

MNP discutées (voir liste hygiène sommeil) : _____

Brochure/outil remis : _____

Prochain suiviDate prévue : _____ Inscrit à l'agendaCommunication avec le prescripteur: Non requis Oui fax envoyé

Nom du pharmacien : _____ Signature : _____ Licence : _____



Communication des suivis réalisés – Insomnie

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient dont les ajustements et le suivi de l'insomnie sont pris en charge par le pharmacien communautaire

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

RAISON DE LA COMMUNICATION

1) Fin du suivi (pour information)

Date de fin du suivi : _____

Raison : _____

2) Suivi de l'ajustement (aucune réponse attendue)

Date : _____

ISI-7 (Date et copie) : _____

Cibles atteintes : Oui Non

Détails : _____

Présence d'effets indésirables : Non Oui : _____

Plan :

Aucun changement

Ajustement de dose

Prochain suivi planifié : _____

3) Discussion d'une situation particulière (réponse requise)

Description de la situation :

Demande du pharmacien :

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

