

Rencontre initiale - Insomnie**Médecin traitant ou IPS**

Nom :

Tél. : Téléc. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

Téléphone :

InsomnieType d'insomnie : ☐ Insomnie aiguë (≥ 3 x/semaine et < 3 mois)☐ Insomnie chronique (≥ 3 x/semaine et ≥ 3 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 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 effectuée (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

Feuillets 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, priapisme, idée suicidairePlan☐ Aucun changement☐ Ajustement de dosePatient informé du plan : ☐ Oui ☐ Non☐ 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. : _____ Téléc. : _____	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)

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 : _____	

