

Formulaire de transfert - Diabète

Médecin traitant ou IPS	Patient		
Nom : _____	Nom : _____		
Tél. : _____	DDN : _____		
No permis : _____	Téléphone : _____		
Diabète (rappel DFG ajusté = CKD-EPI du labo * SC / 1.73)			
Indication : <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> Autre _____ Antécédents (Arythmies, IR, IH, IC (FEVG)) : _____			
Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ DFGe ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____			
Habitudes de vie : <input type="checkbox"/> Tabac : _____ <input type="checkbox"/> Alcool : _____ <input type="checkbox"/> Drogues : _____ <input type="checkbox"/> Exercice : _____			
Facteurs de risque : <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> ATCD familial MCV <input type="checkbox"/> Durée du diabète > 15 ans <input type="checkbox"/> DLP			
Macrovasculaire : <input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique <input type="checkbox"/> Mx artérielle périphérique <input type="checkbox"/> Mx cérébrovasculaire/carotidienne			
Microvasculaire : <input type="checkbox"/> Rétinopathie <input type="checkbox"/> Néphropathie (RAC ≥ 2,0) <input type="checkbox"/> Neuropathie			
Cibles (glycémie en mmol/L)			
Glycémie : <input type="checkbox"/> À jeun 4.0 - 7.0 <input type="checkbox"/> 2 hrs après repas : 5.0 - 10.0 <input type="checkbox"/> 2 hrs après repas : 5.0 - 8.0			
Hémoglobine glyquée : <input type="checkbox"/> A1c < 6.5 % <input type="checkbox"/> A1c < 7.0 % <input type="checkbox"/> A1c < 8.5 %			
<input type="checkbox"/> Autre : _____ (au besoin, se référer à Diabète Canada)			
Historique			
Date d'initiation du 1er antidiabétique: _____ Raison : _____			
Valeurs initiales avant Tx : HbA1c _____ ; glycémies _____ ; date : _____			
Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée) : _____			
Enseignement des MNP déjà réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____			
Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ <input type="checkbox"/> Patient avisé du transfert			
Molécule	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose maximale
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débuter PRN			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débuter PRN			
Analyses de laboratoires <input type="checkbox"/> A1c <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Électrolytes <input type="checkbox"/> Autre : _____			
<input type="checkbox"/> Fait récemment, voir DSQ <input type="checkbox"/> Requête remise, date prévue: _____ <input type="checkbox"/> À assurer par pharmacien			
Communiquez avec le prescripteur dans les situations suivantes			
Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, arrêt, ajout, selon jugement.			
<input type="checkbox"/> Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement)			
<input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Soins à domicile si pertinent :			
Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires			
<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une initiation de traitement. <input type="checkbox"/> Autres : _____			
Période de validité de cette ordonnance			
<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> 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 : _____	