

**Formulaire de transfert - Anxiété (troubles anxieux)**

Médecin traitant ou IPS	Patient			
Nom : _____	Nom : _____			
Tél. : _____ Téléc. : _____	DDN : _____			
No permis : _____	Téléphone : _____			
<b>Trouble anxieux</b>				
Type de troubles anxieux : _____				
Score GAD-7 (ci-joint) : _____ Date : _____				
Symptômes et atteintes AVQ/AVD : _____				
Occupation : _____ Sommeil : _____ Exercice : _____				
Habitudes de vie (tabac, alcool, drogues, café) : _____				
Autres comorbidités (dépression, insomnie, ....) : _____				
<b>Cibles et objectifs spécifiques</b>				
Priorités et préférences du patient : _____				
<input type="checkbox"/> Réponse au traitement (amélioration fonctionnelle) dans 2 à 8 semaines <input type="checkbox"/> Rémission des symptômes en moins 12 semaines (score GAD-7 < 5 points) (faire titration) <input type="checkbox"/> Atteindre la dose minimale la plus efficace possible (sevrage complet si possible) État fonctionnel visé (ex : journées typiques, activités) : _____				
<b>Historique</b>				
Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée, durées) : _____				
Autres antécédents pertinents : _____				
Professionnel qui suivait le patient (MD, inf, ph) : _____				
Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ <input type="checkbox"/> Patient avisé du transfert				
<b>Molécule (nom ou famille)</b>	<b>Dose initiale</b>	<b>Dose max.</b>	<b>Quantité</b>	<b>Renouvellement</b>
Tx : _____			___ co.	Ren x _____
Tx : _____			___ co.	Ren x _____
Si échec/intolérance → _____			___ co.	Ren x _____
<b>Mesures non-pharmacologiques en cours :</b> <input type="checkbox"/> Psychothérapie : _____ <input type="checkbox"/> Méditation : _____ <input type="checkbox"/> Activité physique : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____				
<b>Communiquez avec le médecin traitant dans les situations suivantes</b>				
Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, ajout, selon jugement. <input type="checkbox"/> Autres : _____				
<b>Commentaires :</b> _____				

Nom du pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____	Fax : _____	
Professionnel effectuant le transfert : _____		
Signature : _____	Téléphone : _____	Fax : _____