

DATE DU SERVICE

Première visite / /	1 ^{re} visite de suivi / /	2 ^e visite de suivi / /	3 ^e visite de suivi / /
---------------------	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

INFORMATION SUR LE PATIENT

Nom		Prénom	
Sexe	Date de naissance / /	N° d'identification GSC	
N° de téléphone à domicile		N° de cellulaire	

INFORMATION SUR LE MÉDECIN

Nom		Prénom	
N° de licence			
N° de téléphone (bureau)		N° de télécopieur (bureau)	
Adresse			Bureau
Ville	Province	Code postal	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- Effectuer l'évaluation des médicaments (Consulter le *formulaire d'évaluation des médicaments*); **ou**
- Examen provincial des médicaments effectué; **et**
- Discuter des stratégies visant à améliorer l'observance des traitements médicamenteux (voir l'annexe A, section I)

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE (selon le MMAS-4; voir l'annexe A, section I)

- | | |
|--|---|
| 1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Au cours des deux dernières semaines, vous est-il arrivé de ne pas prendre vos médicaments pour une raison autre que l'oubli? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Avez-vous déjà cessé de prendre un médicament sans en avertir votre médecin parce que vous sentiez que votre état s'empirait? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Quand vos symptômes sont maîtrisés, vous arrive-t-il de cesser de prendre vos médicaments? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Résultat de l'évaluation de l'observance	Première visite / 4	3 ^e visite de suivi / 4
--	---------------------	------------------------------------

ÉVALUATION DE LA PRESSION ARTÉRIELLE (Voir l'annexe A, section II)

Déterminer les cibles de PA :

- PAS \leq 120 mmHg (RISQUE ÉLEVÉ) $<$ 130/80 mmHg (DIABÈTE)
- $<$ 140/90 mmHg (TOUS LES AUTRES/NÉPHROPATHIE CHRONIQUE)
- Formuler des conseils sur la surveillance de la PA (le cas échéant)

Résultats moyens des relevés de PA à DOMICILE

Première visite	1 ^{re} visite de suivi	2 ^e visite de suivi	3 ^e visite de suivi
<input type="checkbox"/> Non disponible			
___ / ___ mmHg			

Résultat du relevé de PA à la PHARMACIE

Première visite	1 ^{re} visite de suivi	2 ^e visite de suivi	3 ^e visite de suivi
___ / ___ mmHg	___ / ___ mmHg	___ / ___ mmHg	___ / ___ mmHg
___ bpm	___ bpm	___ bpm	___ bpm

ÉVALUATION DU TAUX DE CHOLESTÉROL (Voir l'annexe A, section III)

- Déterminer les valeurs cibles de C-LDL : _____ mmol/L

Résultats de l'évaluation du taux de lipides

- Réévaluation (le cas échéant)

Date (jj-mm-aa)	_____	_____
Cholestérol total	_____ mmol/L	_____ mmol/L
Lipoprotéines de faible intensité	_____ mmol/L	_____ mmol/L
Lipoprotéines de haute intensité	_____ mmol/L	_____ mmol/L
Cholestérol non HDL	_____ mmol/L	_____ mmol/L
Triclycérides	_____ mmol/L	_____ mmol/L

ANTÉCÉDENTS DE TABAGISME (Voir l'annexe A, section IV)

Consigner le statut du patient à l'égard du tabagisme :

- Non-fumeur Fumeur Ex-fumeur
 Consigner l'information sur la consommation de tabac : _____ cigarettes/paquets par jour depuis _____ ans
 Poser la question suivante : « Avez-vous déjà songé à cesser de fumer? »
 Oui (informer le patient sur les services d'aide à l'abandon du tabac)
 Non (discuter des bienfaits de l'abandon du tabac)

INFORMATION SUR LE STYLE DE VIE (Voir l'annexe A, section V)

Taille _____ Poids _____ Tour de taille _____ IMC _____
 Travail _____

Activité physique

Degré d'activité au quotidien : Sédentaire Modéré Actif

Exercices actifs : _____ jours/semaine, _____ min/jour

Intensité de l'exercice : Modérée Vigoureuse

Cibles atteintes

Oui Non

Oui Non

Oui Non

Alimentation

Alcool : _____ verres par semaine

Caféine : _____ tasses par jour

Apport en sodium : Adéquat (1 200-1 500 mg/jour) Élevé (> 2 300 mg/jour)

Fruits et légumes : _____ portions/jour

Produits céréaliers : _____ portions/jour

Lait et substituts du lait : _____ portions/jour

Viande et substituts de la viande : _____ portions/jour

Graisses et huiles : _____ portions/jour

Cibles atteintes

Oui Non

ÉVALUATION DU RISQUE (Voir l'annexe A, section VI)

- Discuter des conséquences des maladies cardiovasculaires
- Discuter des facteurs de risque non modifiables
- Discuter des facteurs de risque modifiables

Risque cardiovasculaire

Profil de risque :

Risque cardiovasculaire sur 10 ans _____ OU Âge cardiovasculaire _____

Pour évaluer le risque cardiovasculaire,
consulter <http://cvdrisk.nhlbi.nih.gov/>

Pour déterminer l'âge cardiovasculaire,
consulter monbilansante.ca

OBJECTIFS DÉTERMINÉS PAR LE PATIENT

Poser la question suivante lors de chaque visite :

« Quels sont les deux objectifs les plus importants pour vous? »

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Observance du traitement médicamenteux | <input type="checkbox"/> Augmentation de la quantité d'exercice physique |
| <input type="checkbox"/> Réduction des taux de cholestérol | <input type="checkbox"/> Adoption de saines habitudes alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Atteinte d'un poids santé | <input type="checkbox"/> Réduction du stress |
| <input type="checkbox"/> Baisse de la pression artérielle | <input type="checkbox"/> Abandon du tabac |
| | <input type="checkbox"/> Autre |

NOTES DU PHARMACIEN

LES OBJECTIFS « SMART » SONT SPÉCIFIQUES, MESURABLES, ATTEIGNABLES, RÉALISTES ET TANGIBLES

PREMIÈRE VISITE

Nom du pharmacien : _____ Signature du pharmacien : _____ Date : / /

1^{re} VISITE DE SUIVI

Nom du pharmacien : _____ Signature du pharmacien : _____ Date : / /

2^e VISITE DE SUIVI

Nom du pharmacien : _____ Signature du pharmacien : _____ Date : / /

3^e VISITE DE SUIVI

Nom du pharmacien : _____ Signature du pharmacien : _____ Date : / /

ENTENTE DU PHARMACIEN

Je consens à me conformer à toutes les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) et à celles de la loi provinciale en matière de confidentialité. J'accepte toutes les conditions liées à la confidentialité qui sont stipulées dans les documents du Programme SoutienPharmacien de Green Shield Canada.

_____ Date : / /

Signature du pharmacien

ENTENTE DU PATIENT

En signant ci-dessous, j'accepte de participer au Programme SoutienPharmacien de GSC. Je comprends que les renseignements personnels recueillis seront utilisés dans le cadre de la prestation de ce programme de soutien. Je comprends que GSC peut consulter ces renseignements à des fins de vérification ou de recherche. Je comprends que les renseignements personnels recueillis ne seront utilisés à aucune autre fin par GSC ou ses agents. Je comprends que si je ne suis pas le membre du régime, les renseignements inscrits sur le formulaire peuvent être envoyés au titulaire de la carte / membre du régime.

_____ Date : / /

Signature du patient