

Date :

Docteur \_\_\_\_\_,

Votre patient \_\_\_\_\_, n° de carte santé \_\_\_\_\_, a décidé de participer au **volet cardiovasculaire du Programme SoutienPharmacien** de Green Shield Canada (GSC). Il s'agit d'un programme de gestion de la santé offert par GSC à tous ses clients âgés de moins de 65 ans qui sont atteints d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie et dont le régime couvre les soins de santé complémentaires.

Dans le cadre de l'initiative Changerpouurlavie<sup>MD</sup>, GSC cherche à créer des régimes de garanties qui aideront les Canadiens à prendre soin de leur santé. Pour obtenir un complément d'information sur l'initiative Changerpouurlavie de GSC, consultez notre site Web à [greenshield.ca](http://greenshield.ca).

Le **volet cardiovasculaire du Programme SoutienPharmacien** vise à responsabiliser les patients à l'égard de leur santé cardiovasculaire générale en incitant les pharmaciens communautaires à les soutenir par les moyens ci-dessous dans cette démarche.

- ✓ Encadrer et soutenir les patients pour qu'ils atteignent les valeurs cibles de pression artérielle et de cholestérolémie.
- ✓ Mettre en œuvre des stratégies favorisant l'amélioration de l'observance des traitements médicamenteux.
- ✓ Aider les patients à adopter de saines habitudes de vie qui auront un effet positif sur leur santé générale.

Ce programme est fondé sur un projet pilote qui a connu du succès\*. Les résultats de ce projet commandité par GSC en partenariat avec l'Ontario Pharmacists Association ont clairement montré qu'un nombre important de patients qui s'étaient prévalus des services de consultation d'un pharmacien avaient une pression artérielle et un indice de masse corporelle plus faibles, étaient plus fidèles à leur traitement médicamenteux et dépensaient moins en médicaments.

Le programme comprend une première évaluation et trois consultations de suivi réparties sur une période d'un an au cours de laquelle le pharmacien offrira les services ci-dessous.

- ✓ Évaluation de l'observance du traitement médicamenteux\*\*, du degré de maîtrise de la pression artérielle et de la cholestérolémie, de la présence de facteurs de risque modifiables et du risque cardiovasculaire.
- ✓ Diffusion d'information sur les saines habitudes et les changements à apporter au style de vie.
- ✓ Détermination des objectifs du patient.

La présente a pour but de vous faire part des données recueillies et des objectifs établis au cours de la première visite en plus de vous informer des progrès réalisés par le patient au fil du suivi. Nous accordons beaucoup d'importance à la relation professionnelle que nous entretenons avec vous et sommes convaincus que vous trouverez cette information utile et pertinente. Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à communiquer avec nous en composant le numéro ci-dessous.

Sincères salutations.

\*« *Impact of Community Pharmacist Interventions in Hypertension Management on Patient Outcomes: A Randomized Controlled Trial.* » Disponible à [https://www.opatoday.com/Media/Default/Advocacy/Final%20Report%20\(Final\).pdf](https://www.opatoday.com/Media/Default/Advocacy/Final%20Report%20(Final).pdf)

\*\*L'observance auto-déclarée des traitements médicamenteux a été évaluée à l'aide du questionnaire Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Morisky DE, Green LW et Levine DM. « *Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence and Long-Term Predictive Validity of Blood Pressure Control.* » *Med Care*, 1986; 24:67-74.

### DATE ET VISITE

Date de l'évaluation :    /    /     1<sup>re</sup> visite     1<sup>re</sup> visite de suivi     2<sup>e</sup> visite de suivi     3<sup>e</sup> visite de suivi

### INFORMATION SUR LE PATIENT

Nom		Prénom	
Sexe	Date de naissance	N° de carte santé	
N° de téléphone à domicile		N° de cellulaire	
Adresse			Bureau
Ville	Province	Code postal	

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE DES TRAITEMENTS

Consultez le document Évaluation des médicaments ci-joint.

### ÉVALUATION DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

Cible de PA à la pharmacie :

- PAS ≤ 120 mmHg (RISQUE ÉLEVÉ)
- < 130/80 mmHg (DIABÈTE)
- < 140/90 mmHg (TOUS LES AUTRES/  
NÉPHROPATIE CHRONIQUE)

Résultats moyens des relevés de PA à DOMICILE     Non disponible  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

Résultat du relevé de PA à la PHARMACIE    \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

### ÉVALUATION DU TAUX DE CHOLESTÉROL

Valeurs cibles de C-LDL :

- < 2,0 mmol/L
- Autre \_\_\_\_\_ mmol/L

Résultats de l'évaluation du taux de lipides     Non disponible

Cholestérol total    \_\_\_\_\_ mmol/L  
 Lipoprotéines de faible intensité    \_\_\_\_\_ mmol/L  
 Lipoprotéines de haute intensité    \_\_\_\_\_ mmol/L  
 Cholestérol non HDL    \_\_\_\_\_ mmol/L  
 Triclycérides    \_\_\_\_\_ mmol/L

### RISQUE CARDIOVASCULAIRE SUR 10 ANS

Catégorie de risque Framingham :

- Risque faible (< 10 %)     Risque modéré (10-19 %)     Risque élevé (≥ 20 %)     Ne peut être calculé

### ÉVALUATION DU STYLE DE VIE

**OBJECTIFS DU PATIENT ET PLAN D'ACTION**

--

RECOMMANDATIONS DU PHARMACIEN	RÉSERVÉ AU MÉDECIN
<b>Problème identifié</b>	<b>Commentaires du médecin</b>
<b>Recommandation</b> <input type="checkbox"/> À titre d'information seulement <input type="checkbox"/> Intervention requise →	<b>Apporter le changement recommandé</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problème identifié</b>	<b>Commentaires du médecin</b>
<b>Recommandation</b> <input type="checkbox"/> À titre d'information seulement <input type="checkbox"/> Intervention requise →	<b>Apporter le changement recommandé</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Problème identifié</b>	<b>Commentaires du médecin</b>
<b>Recommandation</b> <input type="checkbox"/> À titre d'information seulement <input type="checkbox"/> Intervention requise →	<b>Apporter le changement recommandé</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom du pharmacien : _____  _____ N° de licence _____ Signature du médecin  Date :    /    /	_____ Signature du médecin  N° de licence _____  Date :    /    /