

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom de famille :		Prénom :	
Sexe :	Date de naissance : / /	N° d'identification GSC :	
N° de tél. (domicile) :		Cellulaire :	

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Nom de famille :		Prénom :	
N° de permis :			
N° de tél. (bureau) :		N° de téléc. (bureau) :	
Adresse :			N° d'unité :
Ville :	Province :	Code postal :	

ANTÉCÉDENTS DE PRISE DE MÉDICAMENTS (COCHER CHAQUE ÉTAPE TERMINÉE)

- Évaluation complète des médicaments (consulter le *Formulaire d'évaluation des médicaments*), le cas échéant, **OU**
- Examen provincial des médicaments

ÉVALUATION (COCHER CHAQUE ÉTAPE TERMINÉE)

- Déterminer l'admissibilité du patient en fonction des lignes directrices et des algorithmes pour la déprescription fondés sur des données probantes de l'*Ontario Pharmacy Evidence Network* et de l'*Institut de recherche Bruyère*
- Occasion repérée concernant : Un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) Des agonistes des récepteurs des benzodiazépines (BZRA)
- Le patient consent à participer au programme et sait que le pharmacien communiquera avec son médecin
- Discuter avec le médecin au sujet des prochaines étapes et du plan de posologie dégressive, en utilisant le *Formulaire de communication avec les médecins* fourni ou un équivalent
- Date d'envoi : / /
- Annexer une copie au formulaire de documentation
- Réponse reçue : / /
- Accord du médecin
- Suivi auprès du patient pour planifier la visite initiale. Date : / /
- Aucune réponse ou déprescription non recommandée pour le moment
- Suivi auprès du patient afin d'expliquer la raison et de mettre un terme au processus.
Date : / /

VISITES DU PATIENT

VISITE INITIALE

Date : / /

- Passer en revue les bienfaits de la déprescription, les risques potentiels et le plan de posologie dégressive, en tenant compte des préférences et des valeurs du patient
- Prochaine visite de suivi prévue le / /

Notes du pharmacien

Nom du pharmacien :

_____ Date : / /

Signature du pharmacien

SUIVI(S)¹ :

Lors de chaque visite durant la réalisation du plan de posologie dégressive, surveiller, réévaluer et suivre le patient régulièrement afin de le guider et de lui donner des conseils pratiques et efficaces pour l'aider à prendre en charge toute récurrence des symptômes, à adopter des stratégies non médicamenteuses ou pharmacologiques plus sûres pour traiter son affection et à apporter des ajustements à son plan de traitement, le cas échéant.

1^{RE} VISITE DE SUIVI

Date : / /

- Prochaine visite de suivi prévue le / /

Notes du pharmacien

Nom du pharmacien :

_____ Date : / /

Signature du pharmacien

2^E VISITE DE SUIVI

Date : / /

Prochaine visite de suivi prévue le / /

Notes du pharmacien

Nom du pharmacien :

_____ Date : / /

Signature du pharmacien

3^E VISITE DE SUIVI

Date : / /

Prochaine visite de suivi prévue le / /

Notes du pharmacien

Nom du pharmacien :

_____ Date : / /

Signature du pharmacien

DERNIÈRE VISITE DE SUIVI

Date : / /

Résultat² : Succès Échec

Notes du pharmacien

Nom du pharmacien :

_____ Date : / /

Signature du pharmacien

NOTES ADDITIONNELLES DU PHARMACIEN

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 de déprescription par les pharmaciens de Green Shield Canada (GSC).

_____ Date : / /
Signature du pharmacien

ENTENTE DU PATIENT

En signant ci-dessous, j'accepte de participer au Programme de déprescription par les pharmaciens de GSC. Je comprends que :

- Les renseignements personnels recueillis seront utilisés dans le cadre de la prestation de ce programme de soutien;
- GSC peut consulter ces renseignements à des fins de vérification ou de recherche;
- Les renseignements personnels recueillis ne seront utilisés à aucune autre fin par GSC ou ses agents;
- 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

Notes de bas de page :

¹ Selon les lignes directrices pour la déprescription fondées sur des données probantes de l'Ontario Pharmacy Evidence Network et de l'Institut de recherche Bruyère :

- Dans le cas des IPP, faire un suivi après 4 et 12 semaines
- Dans le cas des BZRA, faire un suivi toutes les 1 ou 2 semaines, en fonction de la dose et du plan de posologie dégressive

² Résultat :

- Le **succès** de la déprescription peut se définir par l'arrêt du traitement, le passage à un traitement moins énergique ou la réduction de la dose.
- L'**échec** de la déprescription est défini par l'absence de changement à la pharmacothérapie.