

### DATE DU SERVICE

Première 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° d’identification GSC
N° de téléphone à domicile		N° de cellulaire

### DATE DU SERVICE

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?	Oui	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?	Oui	Non
3. Avez-vous déjà cessé de prendre un médicament sans en avertir votre médecin parce que vous sentiez que votre état s’empirait?	Oui	Non
4. Quand vos symptômes sont maîtrisés, vous arrive-t-il de cesser de prendre vos médicaments?	Oui	Non
<b>Résultat de l’évaluation de l’observance</b>	Première visite / 4	3 <sup>e</sup> 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 (CIBLE STANDARD)	Autre ____ / ____ mmHg
---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Formuler des conseils sur la surveillance de la PA (le cas échéant)

### Résultats moyens des relevés de PA à DOMICILE

Première visite	1 <sup>re</sup> visite de suivi	2 <sup>e</sup> visite de suivi	3 <sup>e</sup> visite de suivi
Non disponible ____ / ____ mmHg			

### Résultat du relevé de PA à la PHARMACIE

Première visite	1 <sup>re</sup> visite de suivi	2 <sup>e</sup> visite de suivi	3 <sup>e</sup> visite de suivi
____ / ____ mmHg ____ bpm	____ / ____ mmHg ____ bpm	____ / ____ mmHg ____ bpm	____ / ____ mmHg ____ 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
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 : \_\_\_\_\_ OU Âge cardiovasculaire \_\_\_\_\_

Risque cardiovasculaire sur 10 ans

Pour déterminer l’âge cardiovasculaire, consulter [monbilansante.ca](http://monbilansante.ca)

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

**OBJECTIFS DÉTERMINÉS PAR LE PATIENT**

Poser la question suivante lors de chaque visite :

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

Observance du traitement  
médicamenteux

Baisse de la pression artérielle

Réduction des taux  
de cholestérol

Atteinte d’un poids santé

Augmentation de la quantité  
d’exercice physique

Adoption de saines  
habitudes alimentaires

Réduction du stress

Abandon du tabac

Autre

**NOTES DU PHARMACIEN**

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

**PREMIÈRE VISITE**

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Signature du pharmacien : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**1<sup>re</sup> VISITE DE SUIVI**

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Signature du pharmacien : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**2<sup>e</sup> VISITE DE SUIVI**

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Signature du pharmacien : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**3<sup>e</sup> 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