

Merci d’avoir choisi de participer au **Programme Soutien Pharmacien – Volet cardiovasculaire**. Il s’agit d’un service fourni par des pharmaciens qui vise à vous aider à améliorer votre santé cardiovasculaire. Veuillez remplir ce formulaire et l’apporter à votre premier rendez-vous.

### INFORMATION SUR LE PATIENT

Nom	Prénom
N° d’identification GSC	

### INFORMATION SUR LE MÉDECIN

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

### ÉVALUATION DES MÉDICAMENTS

Faites la liste de vos allergies ou intolérances aux médicaments, le cas échéant (inscrivez le nom du médicament et la réaction) :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### ÉVALUATION DES MÉDICAMENTS

#### VOTRE VISITE INITIALE

Le pharmacien évaluera votre traitement médicamenteux pour déterminer s'il donne les résultats prévus par votre médecin. Une fois l'évaluation terminée, vous recevrez une fiche de médicaments. Cette fiche dressera la liste de vos médicaments d'ordonnance, médicaments en vente libre, vitamines et/ou suppléments à base de plantes. Elle comprendra le nom de chaque médicament, la dose à prendre, la fréquence d'utilisation et la raison de son utilisation.

**Pour votre rendez-vous, veuillez apporter :**

- Tous vos médicaments, y compris ceux qui proviennent d'une autre pharmacie. N'oubliez pas vos inhalateurs, vaporisateurs nasaux, gouttes pour les yeux ou les oreilles, crèmes ou onguents, timbres, etc. Si vos médicaments sont conservés dans une dosette (pilulier), apportez les contenants originaux de tous vos médicaments.
- Tous vos médicaments en vente libre, vitamines et/ou suppléments à base de plantes (s'il y a lieu).
- La liste des médicaments que vous prenez actuellement, si vous en avez une.

#### VOS VISITES DE SUIVI

Le pharmacien réévaluera votre traitement médicamenteux et tiendra compte des changements apportés depuis votre dernière visite.

**Veuillez apporter :**

- Votre liste de médicaments la plus récente
- Les contenants originaux de tous les nouveaux médicaments que vous avez commencé à prendre depuis votre dernière visite, le cas échéant.

### PRESSIION ARTÉRIELLE ET CHOLESTÉROL

**Mesurez-vous votre pression artérielle à la maison?**

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'appareil de mesure de pression artérielle

Si oui, apportez vos valeurs de pression artérielle à votre rendez-vous.

**Est-ce que votre taux de cholestérol a été mesuré au cours des douze derniers mois?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si oui, demandez à votre médecin une copie de vos résultats et apportez-la à votre rendez-vous.

Au cours des trois à sept prochains jours (fin de semaine et jours de semaine inclus), notez tout ce que vous mangez et buvez ainsi que les activités physiques que vous faites pour chaque jour. Donnez autant de détails que vous le pouvez. Indiquez, si possible, la quantité d'aliments consommés (p. ex., ½ tasse, 90 g, 1 cuillerée à soupe) et la façon dont ils ont été préparés (p. ex., frits, cuits au four, bouillis, cuits à la vapeur, grillés, etc.). N'oubliez pas de noter aussi ce que vous mangez et buvez à l'extérieur.

JOURNAL SUR L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE							
	DÉJEUNER	COLLATION (MATIN)	DÎNER	COLLATION (APRÈS-MIDI)	SOUPER	EAU	EXERCICE
LUN.							
MAR.							
MER.							
JEU.							
VEN.							
SAM.							
DIM.							
NOTES	(p. ex., consommation d'alcool)						