

Rencontre initiale - Hypertension

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom : _____	Nom : _____
Tél. : _____	DDN : _____
No permis : _____	Téléphone : _____

Hypertension

Indication : HTA primaire HTA secondaire à _____
 Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ DFGe ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____
 Habitudes de vie : Tabac : _____ Alcool : _____ Drogues : _____ Exercice : _____
 Antécédents (Arythmies, IR, IH, IC (FEVG)) : _____
 Facteurs de risque : Diabète ATCD familial MCV ATCD AVC/ICT
 Score de Framingham : _____ Date : _____
 Autres tx concomitant pertinents (statine, AAS): _____

Cibles : se référer aux lignes directrices d'Hypertension Canada au besoin

< 140/90 mmHg (pharmacie/domicile) ou 135/85 mmHg (MPAC-OS) < 130/80 mmHg (diabétique)
 < 120/80 mmHg (risque élevé) Autre : _____/_____ mmHg ; FC _____ bpm

Historique

Date d'initiation du 1er antihypertenseur : _____ Raison d'initiation : _____
 Valeurs initiales avant traitement : TA _____ ; FC _____ ; date : _____
 Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée) : _____
 Enseignement des MNP déjà réalisé : Oui Non
 Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____
 Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____
 Condition ou médicament pouvant modifier les valeurs de tension artérielle : Non Oui : _____

Pharmacothérapie

Molécule	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose maximale
<input type="checkbox"/> Tx actuel : _____			
<input type="checkbox"/> Tx : _____ <input type="checkbox"/> À débuter PRN			
<input type="checkbox"/> Tx : _____ <input type="checkbox"/> À débuter PRN			

Équipe traitante

Nom du professionnel à contacter : _____ Licence : _____
 Coordonnées : _____

Raisons de contacter le prescripteur (tel que mentionné par le prescripteur si formulaire de transfert)

Sauf avis contraire, le pharmacien doit aviser le prescripteur si changement de dose, arrêt ou ajout.
 Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement)
 Autre (limites): _____

Période de validité de l'ordonnance (moment auquel le prescripteur veut réévaluer le patient)

1 an 2 ans 5 ans Veuillez aviser le médecin à la fin de cette validité



Prise en charge des ajustements par la pharmacie

Patient en accord avec la prise en charge par la pharmacie : _____

Personne à contacter lors d'un changement : _____

Valeurs de tension artérielle et de fréquence cardiaque

Fréquence demandée: die bid SQHA formulaire sur 1 semaine

Autre : _____

Se référer à la Société Québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) au besoin

Méthode de mesure

À domicile

Tensiomètre du patient

Soins à domicile (requête faxée au : _____)

Autre : _____

En pharmacie

Tensiomètre accessible par le patient

Mesure par l'équipe de la pharmacie

MPAC-OS de la pharmacie

Autre : _____

Analyses de laboratoire

Déjà demandées par prescripteur, date prévue : _____

Non requises avant _____

Prescription remise par pharmacien Requête faxée aux soins à domicile (si pertinent)

Labos : Électrolytes Crétatine Autres : _____

Date prévue : _____

Suivi : Mis à l'agenda

Feuilles remis

Hypertension artérielle (Vigilance) Prise de la tension artérielle (Vigilance)

Formulaire de suivi de TA (Vigilance) Approche alimentaire (Vigilance)

Carnet TA (autre) Formulaire de suivi de TA (SQHA) Autre : _____

Enseignement réalisé

Hypertension Rôle des antihypertenseurs et bénéfices du bon contrôle de la TA

Cibles personnalisées de tension artérielle

Mesures Comment et quand mesurer sa TA

Importance de mesurer et apporter ses résultats lors de rendez-vous médicaux ou en pharmacie

Comment et quand contacter la clinique ou son médecin

Fonctionnement pour le partage des données

Antihypertenseurs Explication de la posologie Gestion des oubli et des journées malades

Interactions potentielles avec les médicaments prescrits, MVL et PSN

Effets indésirables Enseignement sur les effets indésirables pertinents

Gestion des effets indésirables Présentation des symptômes d'hypotension

Mesures non pharmacologiques

Enseignement sur les habitudes de vie : alimentation saine (DASH ou méditerranéenne, limitée en sel, augmentée en K+), activité physique, perte de poids, alcool, tabagisme, gestion du stress.

Prochaine rencontre

Plan de match discuté : _____

Prochain suivi avec pharmacien prévu : _____ Inscrit à l'agenda

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - Hypertension**Patient**

Date : _____

Nom : _____

DDN : _____

Téléphone : _____

Mesures de TA et FC

Cibles	TA :	FC:
Résultats		

Méthode de mesure : _____ Période : _____

Autres valeurs (date : _____)

Fonction rénale	Créatinine : _____ umol/L CKD-EPI du laboratoire : _____ ml/min/1,73m ²	Estimation ClCr (CG) : _____ ml/min CKD-EPI ajusté à surface corporelle : _____ ml/min
Ions	Na+ : _____ mmol/L	K+ : _____ mmol/L

Évaluation:

Observance : _____

Atteinte des cibles (efficacité) : Cibles atteintes Cibles non atteintesEffets indésirables (innocuité) : Aucun Oui : _____

Diurétiques : déshydratation, dysfonction sexuelle, hyperuricémie, hypoK, hypoNa, hypoMg, insuffisance rénale
 IECA/ARA : céphalée, toux, étourdissements, hyperkaliémie, angioédème (rare, mais grave)
 BCC DHP : bouffées vasomotrices, céphalées, étourdissements, OMI, tachycardie réflexe
 BB : bradycardie, bronchospasme, céphalées, dysfonction sexuelle, effets sur SNC (dépression, cauchemars, insomnie), étourdissements, exacerbation Raynaud, fatigue, ↑ glycémie, intolérance à l'effort, nausées
 BCC non DHP : bradycardie, céphalées, constipation, étourdissements, OMI

Présence de symptômes d'hypo ou d'hypertension : Non Oui : _____

Mesures non pharmacologiques abordées : _____

Plan Aucun changement Ajustement (voir-ci-dessous) Patient informé du plan : Oui Non

Molécule	Dose actuelle	Nouvelle dose	Date	Dose maximale

 Ceci est une prescription, durée : _____**Prochain suivi**Date prévue : _____ Inscrit à l'agenda

Mesures de TA (fréquence, méthode de mesure) : _____

Analyse de laboratoire : Date prévue : _____ Électrolytes Créatinine Autre _____Requête prise de sang : Déjà remise À remettre lorsque requis Faxée aux soins à domicileCommunication avec le prescripteur (obligatoire si changement dose) : Non requise Oui fax envoyé

Nom du pharmacien : _____ Signature : _____ Licence : _____



Communication des suivis réalisés - Hypertension**Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient sous antihypertenseurs dont les ajustements et le suivi sont pris en charge par le pharmacien communautaire**

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom :	Nom :
Tél. : _____	DDN :
No permis :	NAM :

RAISON DE LA COMMUNICATION**1) Fin du suivi (pour information)**

Date de fin du suivi : _____

Raison : _____

2) Suivi de l'ajustement (aucune réponse attendue, pour votre information seulement)

Réalisé le : _____

Cible visée: _____

Méthode de mesure : _____

Résultats : TA _____/____mmHg; FC : _____ bpm

Autres valeurs si pertinentes (créatinine, électrolytes) : _____

Présence de symptômes d'hypo ou d'hypertension : Non Oui : _____Présence d'effets indésirables : Non Oui : _____Plan : Aucun changement Ajustement de dose

Molécule	Dose actuelle	Nouvelle dose	Date	Dose maximale

Prochain suivi planifié : _____

Prise de sang prévue : Non Oui : _____**3) Discussion d'une situation particulière (réponse requise)**

Description de la situation et demande du pharmacien :

Réponse du médecin ou IPS :

Nom du pharmacien : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____	Fax : _____	
Prescripteur : _____	Licence : _____	Date : _____
Signature : _____	Téléphone : _____	Fax : _____

