

Documents de transferts - MPOC

Version - 21 novembre 2023

Médecin traitant ou IPS	Patient		
Nom : _____	Nom : _____		
Tél. : _____	Téléc. : _____		
No permis : _____	DDN : _____		
Téléphone : _____			
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)			
Cr : _____ eDFG ajusté à la SC : _____			
Indication : <input type="checkbox"/> MPOC (Emphysème ± Bronchite chronique) <input type="checkbox"/> Autre (Bronchiolite, Dyskinésie, Fibrose, Déficience α1, Sarcoïdose,...)			
Habitudes de vie : <input type="checkbox"/> Tabac : _____ <input type="checkbox"/> Alcool : _____ <input type="checkbox"/> Drogues : _____ <input type="checkbox"/> Exercice : _____			
Antécédents pertinents et comorbidités : _____			
Facteurs de risque : <input type="checkbox"/> Allergènes <input type="checkbox"/> Fumée <input type="checkbox"/> Particules fines _____ <input type="checkbox"/> Exposition occupationnelle _____			
<input type="checkbox"/> Infection récurrente des voies respiratoires : _____ <input type="checkbox"/> Autre information pertinente : _____			
Cibles			
<input type="checkbox"/> Score CRMm : _____ <input type="checkbox"/> Score CAT : _____ <input type="checkbox"/> Réduction du nombre d'EAMPOC/année : _____			
<input type="checkbox"/> Réduction du recours au traitement de secours : _____ <input type="checkbox"/> Réduction absentéisme causé par MPOC			
Historique			
Date de diagnostic : _____ Valeurs initiales : Tiffeneau _____ VEMS _____ Éosinophiles : _____			
Essais antérieurs (échec, intolérance) : _____			
Dernière révision de la méthode d'utilisation : Professionnel _____ Date _____			
Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____			
Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ <input type="checkbox"/> Patient avisé du transfert			
Exacerbation dans les 2 dernières années _____ Hospitalisations liées à une EAMPOC : _____			
Molécule (nom ou famille)	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose maximale
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débuter PRN			
Plan d'action :			
Suivis attendus (par le pharmacien)			
<input type="checkbox"/> Révision annuelle de la technique d'inhalation <input type="checkbox"/> Cessation tabagique <input type="checkbox"/> Révision de la vaccination			
<input type="checkbox"/> Fréquence d'utilisation de PRN <input type="checkbox"/> Adhésion aux traitements d'entretien <input type="checkbox"/> Plan d'action au dossier			
Communiquez avec le médecin traitant dans les situations suivantes			
Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, arrêt, ajout, selon jugement.			
<input type="checkbox"/> Autres : _____			
Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires			
<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une initiation de traitement.			
<input type="checkbox"/> Autres : _____			
Période de validité de cette ordonnance			
<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> Veuillez aviser le médecin à la fin de cette validité			
Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____			
Signature : _____ Nom de la pharmacie : _____			
Téléphone : _____ Fax : _____			
Professionnel effectuant le transfert : _____ Licence : _____ Date : _____			
Signature : _____ Téléphone : _____ Fax : _____			