

Médecin traitant ou IPS

Nom :

Tél. :

Téléc. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

Téléphone :

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

Cr : _____ eDFG ajusté à la SC : _____

Indication : ☐ MPOC (Emphysème ± Bronchite chronique) ☐ Autre (Bronchiolite, Dyskinésie, Fibrose, Déficience α 1, Sarcoidose,...)Habitudes de vie : ☐ Tabac : _____ ☐ Alcool : _____ ☐ Drogues : _____ ☐ Exercice : _____

Antécédents pertinents et comorbidités : _____

Facteurs de risque : ☐ Allergènes ☐ Fumée ☐ Particules fines _____ ☐ Exposition occupationnelle _____☐ Infection récurrente des voies respiratoires : _____ ☐ Autre information pertinente : _____

Cibles

☐ Score CRMm : _____ ☐ Score CAT : _____ ☐ Réduction du nombre d'EAMPOC/année : _____☐ Réduction du recours au traitement de secours : _____ ☐ 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 : _____ ☐ 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 débiter PRN			

Plan d'action :

Suivis attendus (par le pharmacien)

☐ Révision annuelle de la technique d'inhalation ☐ Cessation tabagique ☐ Révision de la vaccination☐ Fréquence d'utilisation de PRN ☐ Adhésion aux traitements d'entretien ☐ 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.

☐ Autres : _____

Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires

☐ Il s'agit d'une initiation de traitement.☐ Autres : _____

Période de validité de cette ordonnance

☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ 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 : _____