

Rencontre initiale - Asthme**Médecin traitant ou IPS**

Nom : _____

Tél. : _____ Téléc. : _____

No permis : _____

Patient

Nom : _____

DDN : _____

Téléphone : _____

Asthme

Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ eDFG ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____

☐ Diagnostic présumé ☐ Diagnostic confirmé par test diagnostic, date _____Habitudes de vie : ☐ Tabac : _____ ☐ Alcool : _____ ☐ Drogues : _____ ☐ Exercice : _____Facteurs de risque : ☐ Allergènes ☐ Fumée ☐ Particules fines _____ ☐ Exposition occupationnelle _____☐ Infection récurrente des voies respiratoires : _____ ☐ Autre information pertinente : _____**Cibles :**☐ Score ACT-5 (5 questions) > 20 points ☐ Score ACQ-5 < 4 points ☐ Fréquence d'utilisation de PRN : _____☐ Fonction AVD et AVQ : _____ ☐ Sommeil : _____ ☐ Activités physiques : _____**Historique**

Date de diagnostic : _____ Test : _____

Valeurs spirométrie (date) : _____

Essais antérieurs (échec, intolérance) : _____

Enseignement des MNP déjà réalisé : ☐ Oui ☐ Non

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

Nombre d'exacerbation dans la dernière année: _____ Hospitalisation dû à crise d'asthme: _____

Pharmacothérapie

Pharmacothérapie	Dose actuelle	Dose maximale
Vert ● Tx : _____		
Jaune ■ Tx : _____		
Rouge ● Tx : _____		
Plan d'action : voir section jaune OU <input type="checkbox"/> Prednisone _____ x 5 jours OU <input type="checkbox"/> Quadrupler dose CSI x 7 à 14 jours		

Suivis attendus par le pharmacien

- ☐ Contrôle des symptômes ☐ Révision annuelle de la technique d'inhalation ☐ Cessation tabagique
☐ Fréquence d'utilisation de PRN ☐ Adhésion aux traitements d'entretien ☐ Plan d'action au dossier
☐ Révision de la vaccination

Équipe traitante et quand la contacter

Nom du médecin : _____ Licence : _____ Nom de l'infirmière GMF à contacter : _____

Si ces conditions, alors contacter : _____ au # tél _____

- ☐ Lors de chaque changement de dose ☐ À chaque année ☐ Selon jugement pharmacien

Période de validité de l'ordonnance

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



Rencontre avec patient

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

Personne à contacter lors d'un changement : _____

Prochain suivi avec pharmacien prévu : _____ ☐ Mise à l'agenda

Informations à documenter au dossier

Molécules : ☐ CSI ☐ BACA ☐ BALA

Observance au traitement d'entretien : _____

Utilisation de BACA par jour : _____ et par semaine : _____

Prise d'ATB et/ou de cortico PO dans la dernière année : ☐ Oui, nombre : _____ ☐ Non

Technique d'utilisation révisée : ☐ Oui, quand : _____ ☐ Non

Présence d'une chambre d'espacement : ☐ Oui, date de renouvellement : _____ ☐ Non

Statut tabagique documenté (fumeur, non-fumeur ou ancien fumeur) : ☐ Oui ☐ Non

Cessation tabagique offerte : ☐ Oui, date : _____ ☐ Non

Préférences du patient vs les dispositifs : ☐ Oui, date : _____ ☐ Non

Mesure de la fonction respiratoire (spirométrie) : ☐ Oui, date, valeurs : _____ ☐ Non

Exposition à des allergènes ou irritants à domicile ou au milieu de travail : ☐ Oui, date : _____ ☐ Non

Déclencheurs du patient : ☐ IVRS ☐ Allergies saisonnières ☐ Variation chaud/froid ☐ Humidité ☐ Autres

Vaccination anti-grippale et anti-pneumococcique : ☐ Oui, date : _____ ☐ Non

Symptômes actuels :

Score ACT-5 (5 questions) : _____ ou Score ACQ-5 : _____

Symptômes que le patient aimerait améliorer : _____

Feuillets remis

☐ Asthme condition médicale (Vigilance)

☐ Plan d'action écrit

☐ Modes d'emploi des dispositifs (Vigilance ou RQESR)

☐ Gestion des facteurs déclencheurs (asthma.ca)

Enseignement réalisé

Asthme

☐ Rôle des médicaments d'entretien et de secours

☐ Cibles personnalisées et attentes réalistes

☐ Plan d'action

☐ Méthode d'utilisation du dispositif

☐ Que faire en cas d'oubli

☐ Conservation des médicaments

Pharmacothérapie

☐ Explication de la méthode de prise (incluant la chambre d'espacement lorsque pertinent)

☐ Rappel des préoccupations particulières lorsque pertinent

☐ Que faire en cas d'oubli

☐ Conservation des médicaments

☐ Plan d'action et quand l'utiliser

☐ Présentation des effets indésirables fréquents

Mesures non pharmacologiques

☐ Habitudes de vie : contrôle des allergènes, des polluants

☐ Activité physique

☐ Cessation tabagique

☐ Vaccination (grippe, pneumocoque)

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - Asthme

Date : _____

Patient

Nom : _____

DDN : _____

Téléphone : _____

Adhésion :Oubli des médicaments d'entretien : ☐ jamais ☐ 1-3 jours/sem ☐ 4-6 jours/sem ☐ tous les jours

Prise des médicaments de secours : _____ par jour _____ par semaine

Utilisation d'un plan d'action dans la dernière année : ☐ Oui, quand : _____ ☐ NonTechnique d'utilisation révisée : ☐ Non ☐ Oui, quand : _____ Dispositif : _____**Innocuité :** rappel des effets secondaires**CSI :** muguet, irritation de la gorge, enrouement de la voix**BACA/BALA :** tremblements, rythme cardiaque accéléré, nervosité, bouffées vasomotrices**Efficacité : Score ACQ-5 _____ points****Au cours des 7 derniers jours**

1) En moyenne, vous êtes-vous réveillé(e) la nuit à cause de votre asthme ?						
Jamais 0 point	Presque jamais 1 point	Quelques fois 2 points	Plusieurs fois 3 points	De nombreuses fois 4 points	De très nombreuses fois 5 points	Je n'ai pas pu dormir à cause de mon asthme 6 points
2) En moyenne, comment ont été vos symptômes d'asthme le matin au réveil ?						
Aucun 0 point	Très légers 1 point	Légers 2 points	Modérés 3 points	Assez sévères 4 points	Sévères 5 points	Très sévères 6 points
3) En général, vous êtes-vous senti(e) limité(e) dans vos activités à cause de votre asthme ?						
Pas du tout 0 point	Très peu limité 1 point	Un peu limité 2 points	Moyennement limité 3 points	Très limité 4 points	Extrêmement limité 5 points	Complètement limité 6 points
4) En général, avez-vous été essoufflé(e) à cause de votre asthme ?						
Pas du tout 0 point	Presque pas essoufflé(e) 1 point	Un peu essoufflé(e) 2 points	Moyennement essoufflé(e) 3 points	Assez essoufflé(e) 4 points	Très essoufflé(e) 5 points	Extrêmement essoufflé(e) 6 points
5) En général, avez-vous noté des sifflements quand vous respirez ?						
Jamais 0 point	Presque jamais 1 point	Rarement 2 points	Parfois 3 points	Assez souvent 4 points	Presque tout le temps 5 points	Tout le temps 6 points

Question additionnelle sur l'utilisation du BACA :

6) En moyenne, quelle a été votre utilisation quotidienne de bronchodilatateur à courte durée d'action (médicament de secours) ?						
Aucune 0 point	1 à 2 inh/jour 1 point	3 à 4 inh/jour 2 points	5 à 8 inh/jour 3 points	9 à 12 inh/jour 4 points	13 à 16 inh/jour 5 points	plus de 16 inh/jour 6 points

Total : Additionnez les points pour les 6 questions.

Total 0 – 4 : asthme bien contrôlé

Total 5 – 9 : asthme partiellement contrôlé

Total > 9 : asthme non contrôlé

Plan ☐ Aucun changement Patient informé du plan : ☐ Oui ☐ Non☐ Ajustement : _____☐ Ceci est une prescription, durée : _____☐ Stratégies de contrôle discutées (cessation tabagique?): _____☐ Mise à jour écrite du plan d'action**Prochain suivi**Date prévue : _____ ☐ Inscrit à l'agendaCommunication avec le prescripteur (obligatoire si changement dose): ☐ Non requis ☐ Oui fax envoyé

Nom du pharmacien : _____ Signature : _____ Licence : _____



Communication des suivis réalisés - Asthme

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient asthmatique dont les ajustements et le suivi sont pris en charge par le pharmacien communautaire

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

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

Date de fin du suivi : _____ Raison : _____

2) Suivi de l'ajustement (aucune réponse attendue)

Date : _____

Traitement actuel : _____

Score ☐ ACQ-5 ____ points ☐ ACT-5 ____ points

☐ Exacerbation. Date _____ Traitement reçu : _____

Plan :

☐ Aucun changement

☐ Ajustement de dose : _____

Prochain suivi planifié : _____

3) Discussion d'une situation particulière (réponse requise)

Description de la situation :

Demande du pharmacien :

Réponse du médecin ou IPS

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____

Signature : _____ Nom de la pharmacie _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Nom du professionnel : _____ Licence : _____ Date : _____

Signature : _____ Fax : _____



Opinion pour demander un plan d'action pour exacerbation de l'asthme

Communication au médecin/IPS pour un patient asthmatique afin d'avoir un plan d'action valide au dossier en cas d'exacerbation

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

RAISON DE LA COMMUNICATION : obtenir un plan d'action pour exacerbation de l'asthme

Notre patient est atteint de d'asthme, il est présentement traité par :

Score ☐ ACQ-5 ____ points ☐ ACT-5 ____ points réalisé le

Dernières exacerbations :

Allergies :

Nous aimerions avoir un plan d'action valide au dossier en cas d'exacerbation.

- 1) Afin de quadrupler la dose de CSI pour une durée de 7 à 14 jours, nous aurions besoin de l'ordonnance :
Ren : _____ valide durant : ☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 3 ans
- 2) Si pas d'amélioration après 48h avec dose quadruplé, débuter prednisone : _____ mg die x 5 jours
Ren : _____ valide durant : ☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 3 ans
- 3) Autre :

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

