

Rencontre initiale - Asthme

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

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 : _____

Feuilles remis

Asthme condition médicale (Vigilance)

Modes d'emploi des dispositifs (Vigilance ou RQESR)

Plan d'action écrit

Gestion des facteurs déclencheurs (asthma.ca)

Enseignement réalisé

Asthme

Rôle des médicaments d'entretien et de secours

Méthode d'utilisation du dispositif

Cibles personnalisées et attentes réalistes

Que faire en cas d'oubli

Plan d'action

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 : _____ Non

Technique 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'agenda

Communication 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 asthmarique dont les ajustements et le suivi sont pris en charge par le pharmacien communautaire

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

Traitements actuels : _____

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. : _____	DDN : _____
Téléc. : _____	Téléphone: _____
No permis : _____	

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 aimerais 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 : _____	

