

Rencontre initiale - Diabète

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

Diabète

Indication : ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ _____
 Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ eDFG ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____
 Habitudes de vie : ☐ Tabac : _____ ☐ Alcool : _____ ☐ Drogues : _____ ☐ Exercice : _____
 Antécédents (Arythmies, IR, IH, IC (FEVG)) : _____
 Facteurs de risque : ☐ HTA ☐ ATCD familial MCV ☐ Durée du diabète > 15 ans ☐ DLP
 Macrovasculaire : ☐ Cardiopathie ischémique ☐ Mx artérielle périphérique ☐ Mx cérébrovasculaire/carotidienne
 Microvasculaire : ☐ Rétinopathie ☐ Néphropathie (RAC \geq 2,0) ☐ Neuropathie
 Autres Tx : ☐ Statine : _____ ☐ IECA/ARA : _____

Cible : se référer aux lignes directrices canadiennes au besoin

☐ Autre : _____

Glycémie : ☐ À jeun : 4.0 - 7.0 mmol/L ☐ 2 hrs après repas : 5.0 - 10.0 ☐ 2 hrs après repas : 5.0 - 8.0

Hémoglobine glyquée : ☐ A1c < 6.5 % ☐ A1c < 7.0 % ☐ A1c < 8.5 %

Historique

Date d'initiation du 1er antidiabétique : _____ Raison d'initiation : _____
 Valeurs initiales avant traitement : HbA1c _____ ; glycémies _____ ; 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 glycémies : ☐ 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 débiter PRN			
<input type="checkbox"/> Tx : _____ <input type="checkbox"/> À débiter 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 : _____

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 glycémiesFréquence demandée : ☐ die ☐ bid ☐ Autre : _____**Méthode de mesure****À domicile**

- ☐ Glucomètre du patient
☐ Soins à domicile (requête faxée au : _____)
☐ Autre : _____

En pharmacie

- ☐ Glucomètre en pharmacie
☐ Mesure par l'équipe 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 : ☐ A1c ☐ Créatinine ☐ Électrolytes ☐ B12 (metformine) ☐ Autres : _____Date prévue : _____ Suivi : ☐ Mis à l'agenda**Feuillets remis**

- ☐ Diabète (Vigilance) ☐ Diabète - approche alimentaire (Vigilance)
☐ Hypoglycémie (Vigilance) ☐ Urgence hyperglycémiques et jours de maladie (Vigilance)
☐ Formulaire de suivi des glycémies (Vigilance ou autre)
☐ Site Diabète Canada ☐ Site Diabète Québec

Enseignement réalisé

- Diabète** ☐ Cibles personnalisées ☐ Rôle des antidiabétiques
☐ Gestion des hypoglycémies ☐ Gestion des jours de maladie ☐ Urgence hyperglycémique
☐ Complications diabète (neuro, nephro, opto, santé mentale)

- Mesures** ☐ Comment et quand mesurer sa glycémie ☐ Fonctionnement pour le partage des données
☐ Importance de mesurer et apporter ses résultats lors de rendez-vous médicaux ou en pharmacie
☐ Comment et quand contacter la clinique ou son médecin

- Antidiabétiques** ☐ Explication de la posologie ☐ Gestion des oublis
☐ Interactions potentielles avec les médicaments prescrits, MVL et PSN

- Effets indésirables** ☐ Enseignement sur les effets indésirables pertinents
☐ Gestion des effets indésirables

- Mesures non pharmacologiques** ☐ Alimentation, gestion du poids ☐ Alcool, tabac, drogues
☐ Exercice physique ☐ Gestion du stress ☐ Soins des pieds

- Vaccination** ☐ Pneu-P-23 si 19 à 64 ans ☐ Rappel à 65 ans pour Pneu-P-23 et Pneu-C-13
☐ Grippe annuel ☐ Zona (> 50 ans) ☐ Hépatite B

Prochaine rencontre

Plan de match discuté : _____

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

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - Diabète

Date : _____

Patient

Nom : _____

DDN : _____

Téléphone : _____

Bilan diabétique

Cibles	HbA1c : _____ %		Glycémies AC: _____		Glycémies 2 hrs pc : _____			
Résultats								
Période :	Déjeuner		Dîner		Souper		HS	Autre
	AC	PC	AC	PC	AC	PC		
Moyennes								

Autres valeurs (date : _____)

Fonction rénale	Créatinine : _____ umol/L CKD-EPI laboratoire : _____ ml/min/1,73 m ²	Estimation CLCr (CG) : _____ ml/min CKD-EPI ajusté à surface corporelle : _____ ml/min
Autres	Na ⁺ : _____ mmol/L K ⁺ : _____ mmol/L	Ratio albumine/créat (RAC) : _____ mg/mmol B12 : _____ pmol/L

Évaluation

Observance : _____

Atteinte des cibles (efficacité) : ☐ Cibles atteintes ☐ Cibles non atteintesEffets indésirables (innocuité) : ☐ Aucun ☐ Oui : _____Épisode d'hypoglycémie : ☐ Non ☐ Oui : _____

Biguanides (metformine) : troubles GI (nausées, diarrhées, crampes abdominales...), déficit en vitamine B12, acidose lactique (rare)
 Sécrétagogues-sulfonylurées : gain de poids, hypoglycémies fréquentes (surtout glyburide)
 Sécrétagogues-méglitinides : hypoglycémies, gain de poids, céphalées
 Agonistes GLP-1 : troubles GI (no/vo, diarrhées : ↓ effets après quelques semaines), ↑ FC (2-4 batt/min), réaction au site d'injection
 Inhibiteurs SGLT2 : acidocétose diabétique, hypotension, infection urinaire, mycose génitale, pollakiurie, polyurie
 Inhibiteurs DPP-4 : céphalées, rhinopharyngite, IVRS, pancréatites (rare), arthralgies (rare, surtout saxagliptine)
 Thiazolidinediones : gain de poids, insuffisance cardiaque, oedème, fractures osseuses (chevilles, poignets) surtout chez femme si utilisation à long terme
 Inhibiteurs de l'alpha-glucosidase : troubles GI (diarrhées, flatulences, ballonnements...), ↑ transaminases

Mesures non pharmacologiques abordées ce jour : _____

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 glycémies (fréquence, méthode de mesure) : _____

Analyse de laboratoire : ☐ A1c ☐ Créatinine ☐ Électrolytes ☐ Autres : _____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 - Diabète

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient sous antidiabétique 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 : _____	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 des glycémies : _____

Analyse de laboratoire : A1c : _____**Résultats :** glycémies AC (moyenne) _____

glycémies PC (moyenne) _____

Autres valeurs pertinentes : _____

Épisode d'hypoglycémie : ☐ 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 : _____

