

Rencontre initiale - MPOC

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

Pathologie

Indication : MPOC (Emphysème± Bronchite chronique) Autre : _____
 Habitudes de vie : Tabac : _____ Alcool : _____ Drogues : _____ Exercice : _____
 Antécédents pertinents et comorbidités (asthme, infections respiratoires, TB, RGO, rhinite, IC) : _____
 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 : _____

Pharmacothérapie

Molécule (nom ou famille)	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose max autorisée
<input type="checkbox"/> Tx actuel : _____			
<input type="checkbox"/> Tx : _____ <input type="checkbox"/> À débuter PRN			

Plan d'action**Suivis attendus par le pharmacien**

- Révision annuelle de la technique d'inhalation Cessation tabagique
- Révision de la vaccination (grippe annuel, pneumocoque, et optionnel : COVID-19, zona, coqueluche)
- Fréquence d'utilisation de PRN Adhésion au traitement d'entretien
- Plan d'action au dossier

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 : _____ Mis à l'agenda

Informations à documenter au dossier

Molécules : ACLA BALA CSI BACA

Observance au traitement d'entretien : _____

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

Hospitalisation récente (secondaire à la EAMPOC ou pneumonie) : Oui, nombre : _____ Non

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

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

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

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

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

Scores pertinents

Gravité de l'obstruction des voies respiratoires

GOLD : VEMS post-bronchodilatateur en % de la prédictive (à la spirométrie)

- légère ($\geq 80\%$)
- modérée ($\geq 50\%$ et $< 80\%$)
- sévère ($\geq 30\%$ et $< 50\%$)
- très sévère ($< 30\%$)

Sévérité de la MPOC

score CRMm

- Essoufflement en cas d'effort intense (Grade 0)
- Manque de souffle si marche rapide (Grade 1)
- Besoin de ralentir car essoufflé (Grade 2)
- Arrêt après 100 m ou quelques minutes (Grade 3)
- Trop essoufflé pour quitter la maison ou lors de tâches de vie quotidienne (Grade 4)

Évaluation CAT (8 questions, score de 0 à 5, total sur 40 points)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Présence de toux | <input type="checkbox"/> Présence de mucus dans les poumons |
| <input type="checkbox"/> Poitrine oppressée | <input type="checkbox"/> Essoufflement à la montée des marches/d'une côte |
| <input type="checkbox"/> Limitation des activités | <input type="checkbox"/> Crainte de sortir à l'extérieur |
| <input type="checkbox"/> Qualité du sommeil | <input type="checkbox"/> Énergie |



Feuilles remis (vigilance)

- Maladie pulmonaire obstructive chronique (condition médicale)
- Modes d'emploi des dispositifs
- Quiz express sur la MPOC
- Document informatif - INESSS - MPOC aide mémoire (pour les patients)
- Outil clinique - SCT - plan d'action de la MPOC (pour les patients)

Enseignement réalisé

MPOC

- Rôle des médicaments d'entretien et de secours
- Cibles personnalisées et attentes réalistes

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; reconnaissance des symptômes (changement des couleurs de sécrétions, augmentation du volume des sécrétions ou de l'essoufflement)
- Présentation des effets indésirables fréquents

Mesures non pharmacologiques

- Habitudes de vie : contrôle des allergènes, des polluants
- Activité physique
- Vaccination et cessation tabagique
- Réadaptation pulmonaire (si pertinent)

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - MPOC

Date : _____

Nom : _____

DDN : _____

Téléphone : _____

Efficacité et Calcul des scores pertinentsGOLD : #1 Léger #2 Modéré #3 Sévère #4 Très sévèreScore CRMm : Grade 0 Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4Évaluation CAT : Toux ___/5 Mucus ___/5 Oppression ___/5 Essoufflement ___/5Total ce jour : ___/40 AVD/AVQ ___/5 Sommeil ___/5 Énergie ___/5 Crainte de sortir ___/5**Rappel des traitements**

Gold A (CRMm 0-1, CAT < 10, 0 à 1 EAMPOC et pas d'hospitalisation) : BALA ou ACLA

Gold B (CRMm ≥ 2 , CAT ≥ 10, 0 à 1 EAMPOC et pas d'hospitalisation) : BALA + ACLA

Gold E (peu importe CRMm et CAT, si exacerbé ≥ 2 modérées ou ≥ hospit) : BALA + ACLA --> BALA+ACLA+CSI

Innocuité et présence d'effets secondaires

Effets secondaires des médicaments (surtout pertinentes à l'ajout/modification d'un médication)

CSI : muguet, irritation de la gorge, enrouement de la voix

BACA/BALA : tremblements, rythme cardiaque accéléré, nervosité, bouffées vasomotrices

AMCA/ACLA : sécheresse de la bouche, rétention urinaire, constipation, toux à l'inhalation

Adhésion et AutresOubli 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

Cessation tabagique proposée : Oui Non Vaccination à jour : grippe pneumocoqueHospitalisation récente : Oui, quand : _____ NonUtilisation d'un plan d'action récent : Oui, quand : _____ NonTechnique d'utilisation révisée : Oui, quand : _____ Non

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 : _____ Si n'a pas de plan d'action au dossier, rédiger opinion pour demander antibiotique + prednisone**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 – MPOC

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

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

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 : _____

Score CAT : _____

CRMm : _____

EAMPOC (date/traitement reçu): _____

Hospitalisations : _____

Autres informations pertinentes : _____

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 EAMPOC

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

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

RAISON DE LA COMMUNICATION : obtenir un plan d'action EAMPOC

Notre patient est atteint de MPOC, il est présentement classé :

Gold : #1 Léger #2 Modéré #3 Sévère #4 Très sévère

Score CRMm : Grade 0 Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4

Score CAT : _____ /40

Dernières exacerbations : _____

Allergies : _____

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

1) Prednisone : _____ mg die x 5 jours Ren : _____ valide durant : 1 an 2 ans 3 ans

Initier la prednisone si patient présente depuis plus de 48 heures une dyspnée non soulagée par la prise à dose maximale du bronchodilatateur de secours (ex : Bricanyl ou Ventolin).

2) Antibiotique à initier si patient présente depuis plus de 48 heures des expectorations purulentes et un des critères suivants : augmentation de la dyspnée ou augmentation de la quantité d'expectorations.

Servir en alternance les 2 antibiotiques choisis :

- Amoxicilline 1000 mg TID x 5 jours
- Doxycycline 100 mg BID x 5 jours
- Cefprozil (Cefzil) 500 mg BID x 5 jours
- Cefuroxime (Ceftin) 500 mg BID x 5 jours
- Azithromycine 500 mg jour 1 et 250 mg die jours 2 à 5
- Clarithromycine (Biaxin) 500 mg BID pour 5 jours
- Triméthoprime-sulfaméthoxazole (Bactrim) 160/800 mg 1 co BID pour 5 jours

Renouvellements pour chacun des antibio choisis : _____

Valide durant : 1 an 2 ans 3 ans

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

