

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

Nom :

Tél. :

Télec. :

No permis :

**Patient**

Nom :

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) : <input type="checkbox"/> Oui, nombre : _____ <input type="checkbox"/> Non
Technique d'utilisation révisée : <input type="checkbox"/> Oui, quand : _____ <input type="checkbox"/> Non
Présence d'une chambre d'espacement : <input type="checkbox"/> Oui, date de renouvellement : _____ <input type="checkbox"/> Non
Prise d'ATB et/ou de cortico PO dans la dernière année : <input type="checkbox"/> Oui, nombre : _____ <input type="checkbox"/> Non
Statut tabagique documenté (fumeur, non-fumeur ou ancien fumeur) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cessation tabagique offerte : <input type="checkbox"/> Oui, date : _____ <input type="checkbox"/> Non
Préférences du patient vs les dispositifs : <input type="checkbox"/> Oui, date : _____ <input type="checkbox"/> Non
Mesure de la fonction respiratoire (spirométrie) : <input type="checkbox"/> Oui, date, valeurs : _____ <input type="checkbox"/> Non
Vaccination (anti-grippale et anti-pneumococcique) : <input type="checkbox"/> Oui, date : _____ <input type="checkbox"/> Non
Exposition à des allergènes ou irritants à domicile ou au milieu de travail : <input type="checkbox"/> Oui, date : _____ <input type="checkbox"/> Non

**Scores pertinents****Gravité de l'obstruction des voies respiratoires**

GOLD : VEMS post-bronchodilatateur en % de la prédite (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  |



### **Feuillets 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 \_\_\_/5Rappel des traitements

Gold A (CRMm 0-1, CAT &lt; 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 exacerbe ≥ 2 modérées ou ≥ hospit) : BALA + ACLA --&gt; BALA+ACLA+CSI

Innocuité et présence d'effets secondaires

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

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 ☐ NonVaccination à jour : ☐ grippe ☐ pneumocoqueHospitalisation récente : ☐ Oui, quand : \_\_\_\_\_ ☐ NonUtilisation d'un plan d'action récent : ☐ Oui, quand : \_\_\_\_\_ ☐ NonTechnique d'utilisation révisée : ☐ Oui, quand : \_\_\_\_\_ ☐ NonPlan ☐ 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 + prednisoneProchain 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. : _____ 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 : \_\_\_\_\_

☐ 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. : _____	DDN : _____
No permis : _____	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 aimerions 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
- ☐ Triméthoprim-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 : _____	

