

| Médecin traitant ou IPS | Patient | |
|---|--|----------------------|
| Nom : _____ | Nom : _____ | |
| Tél. : _____ | Téléc. : _____ | |
| No permis : _____ | DDN : _____ | |
| Téléphone : _____ | | |
| Asthme | Cr : _____ eDFG ajusté à la SC : _____ | |
| Asthme : <input type="checkbox"/> Diagnostic présumé <input type="checkbox"/> Diagnostic confirmé par test diagnostic, date _____ | | |
| Habitudes de vie : <input type="checkbox"/> Tabac : _____ <input type="checkbox"/> Alcool : _____ <input type="checkbox"/> Drogues : _____ <input type="checkbox"/> Exercice : _____ | | |
| Facteurs de risque : <input type="checkbox"/> Allergènes <input type="checkbox"/> Fumée <input type="checkbox"/> Particules fines _____ <input type="checkbox"/> Exposition occupationnelle _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Infection récurrente des voies respiratoires : _____ <input type="checkbox"/> Autre information pertinente : _____ | | |
| Cibles et objectifs spécifiques | | |
| <input type="checkbox"/> Score ACT-5 (5 questions) > 20 points <input type="checkbox"/> Score ACQ-5 < 4 points <input type="checkbox"/> Fréquence d'utilisation de PRN : _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Fonction AVD et AVQ : _____ <input type="checkbox"/> Sommeil : _____ <input type="checkbox"/> Activités physiques : _____ | | |
| Historique | | |
| Date de diagnostic : _____ Test : _____ | | |
| Essais antérieurs (échec, intolérance) : _____ | | |
| Enseignement des MNP déjà réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : _____ <input type="checkbox"/> Patient avisé du transfert | | |
| Nombre d'exacerbation dans la dernière année: _____ Hospitalisation dû à crise d'asthme: _____ | | |
| Pharmacothérapie | Dose actuelle | Dose maximale |
| Vert  Tx : _____ | _____ | _____ |
| Jaune  Tx : _____ | _____ | _____ |
| Rouge  Tx : _____ | _____ | _____ |
| Plan d'action : voir section jaune ou <input type="checkbox"/> Prednisone _____ mg x 5 jours ou <input type="checkbox"/> Quadrupler dose CSI x 7 à 14 jours | | |
| Suivis attendus (par le pharmacien) | | |
| <input type="checkbox"/> Contrôle des symptômes <input type="checkbox"/> Révision annuelle de la technique d'inhalation <input type="checkbox"/> Cessation tabagique | | |
| <input type="checkbox"/> Fréquence d'utilisation de PRN <input type="checkbox"/> Adhésion aux traitements d'entretien <input type="checkbox"/> Plan d'action au dossier | | |
| Communiquez avec le médecin traitant dans les situations suivantes | | |
| Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, arrêt, ajout, selon jugement. | | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |
| Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires | | |
| <input type="checkbox"/> Il s'agit d'une initiation de traitement. | | |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ | | |
| Période de validité de cette ordonnance | | |
| <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> Veuillez aviser le médecin à la fin de cette validité | | |
| Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____ | | |
| Signature : _____ Nom de la pharmacie : _____ | | |
| Téléphone : _____ Fax : _____ | | |
| Professionnel effectuant le transfert : _____ Licence : _____ Date : _____ | | |
| Signature : _____ Téléphone : _____ Fax : _____ | | |