

## Rencontre initiale - Diabète

Médecin traitant ou IPS	Patient
Nom : _____	Nom : _____
Tél. : _____	Téléc. : _____
No permis : _____	DDN : _____
	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 ≥ 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 débuter PRN			
<input type="checkbox"/> Tx : _____ <input type="checkbox"/> À débuter 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 glycémies

Fréquence 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

## Feuilles 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 oubliés  
 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

### Patient

Date : \_\_\_\_\_

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		
Moyennes							

Autres valeurs (date : \_\_\_\_\_)

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

### Évaluation

Observance : \_\_\_\_\_

Atteinte des cibles (efficacité) :  Cibles atteintes  Cibles non atteintes

Effets 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, mycosse 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  Crétatbine  Électrolytes  Autres : \_\_\_\_\_

Requête prise de sang :  Déjà remise  À remettre lorsque requis  Faxée aux soins à domicile

Communication 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. : _____
No permis : _____	DDN : _____
	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 : _____

