

Rencontre initiale - Dyslipidémie

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

Dyslipidémie

Indication : ☐ Prévention primaire ☐ Prévention secondaire

☐ Hypercholestérolémie familiale homozygote ☐ Hypercholestérolémie familiale hétérozygote

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 ☐ Diabète ☐ ATCD familial MCV ☐ ATCD AVC/ICT

Score de Framingham : _____ Date : _____

Autres tx concomitant pertinents : _____

Cibles : se référer aux lignes directrices canadiennes au besoin

- ☐ LDL < 1,8 mmol/L ou ApoB < 0,7 g/L ou non-HDL < 2,4 mmol/L
- ☐ LDL < 2,0 mmol/L ou ApoB < 0,8 g/L ou non-HDL < 2,6 mmol/L
- ☐ LDL < 2,5 mmol/L ou ApoB < 0,85 g/L ou non-HDL < 3,2 mmol/L
- ☐ ↓LDL > 50 % soit < _____ mmol/L ☐ Autre : _____

Historique

Date d'initiation du 1er hypolipémiant : _____ Raison d'initiation : _____

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 du bilan lipidique : ☐ Non ☐ Oui _____

Pharmacothérapie

Molécule (nom ou classe)	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose maximale
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débiter PRN			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <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 prescripteur 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 : _____ ☐ Inscrit à l'agenda**Analyses de laboratoire**

Dernières valeurs au DSQ :

Valeurs		Date
LDL	mmol/L	
ApoB	g/L	
Non-HDL	mmol/L	

Valeurs		Date
CT	mmol/L	
TG	mmol/L	
ALT	IU/L	

Valeurs		Date
CK	mU/L	
HbA1c	%	
TSH	mU/L	

Prochaines 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 :** ☐ Bilan lipidique ☐ ApoB ☐ ALT ☐ Autres : _____ **Date prévue :** _____**Suivi :** ☐ Mis à l'agenda**Feuillets remis**☐ Maladies cardiovasculaires (Vigilance)☐ Formulaire suivi des maladies cardiovasculaires (Vigilance)☐ Hypercholestérolémie (Vigilance)☐ Activité physique et santé (Vigilance)☐ Dyslipidémie (Coeur et AVC)☐ Alimentation DASH (Coeur et AVC)☐ Types d'alimentation (Coeur et AVC)☐ Feuille de suivi - Mon risque cardiovasculaire (INESSS)**Enseignement réalisé****Dyslipidémie**☐ Rôle des hypolipémiants et bénéfices du contrôle des lipides☐ Cibles personnalisées et utilité des prises de sang (utiliser outil INESSS pour patient au besoin)**Médicaments hypolipémiants**☐ Explication de la posologie☐ Gestion des oublis☐ Interactions potentielles avec les médicaments prescrits, MVL et PSN (pamplemousse ou son jus >1L/jr).☐ Conservation des médicaments**Effets indésirables**☐ Présentation des effets indésirables fréquents☐ Gestion des effets indésirables**Mesures non pharmacologiques**☐ Recommandations par rapport aux habitudes de vie : alimentation saine (diète DASH ou méditerranéenne), activité physique, perte de poids, alcool, tabagisme, hygiène de sommeil)

Nom du pharmacien : _____ Licence : _____ Date : _____



Suivi - Dyslipidémie

Date : _____

Patient

Nom : _____

DDN : _____

Téléphone : _____

Bilan lipidique

Cibles	LDL < _____ mmol/L	ApoB < _____ g/L	Non-HDL < _____ mmol/L
Résultats	_____ mmol/L	_____ g/L	_____ mmol/L

Autres valeurs (date : _____)

Fonction rénale	Créatinine : _____ $\mu\text{mol/L}$ CKD-EPI laboratoire : _____ ml/min/1,73 m ²	Estimation ClCr (CG) : _____ ml/min CKD-EPI ajusté à surface corporelle : _____ ml/min
Autres mesures	CTotal : _____ mmol/L TG : _____ mmol/L	ALT : _____ IU/L CK : _____ mU/L

Évaluation

Observance : _____

Atteinte des cibles (efficacité) : ☐ Cibles atteintes ☐ Cibles non atteintesEffets indésirables (innocuité) : ☐ Aucun ☐ Oui : _____

Statines ^{*,**} : Myalgie, céphalée, diarrhée, No/Vo, RGO, prurit, vertiges, insomnie, paresthésies
 Niacine ^{*,**} : Bouffées de chaleur, céphalée, prurit, diarrhée, No/Vo, dyspepsie, hyperuricémie, ↑ glycémie, flushing
 Ezetimibe : Fatigue, inconfort digestif
 Fibrates ^{*} : Douleurs abdominales, étourdissements, dyspepsie, ↑ Cr
 Résine : inconfort abdominal (constipation, ballonnements, nausées)
 PCSK9 : réaction au site d'injection, prurit, rash, dlrs musculaires, étourdissements, infection des voies respiratoires
^{*}Signes d'atteinte musculaire : Myalgie, Myolyse, Rhabdomyolyse, ↑ CK
^{**}Signes d'hépatotoxicité : Fatigue, faiblesse, Perte d'appétit, dlrs abdo, Urine foncée, ictère, ↑ ALT

Mesures non pharmacologiques abordées : _____

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'agendaAnalyse de laboratoire : Date prévue : _____ ☐ Bilan lipidique ☐ ApoB ☐ ALT ☐ CK ☐ Autre : _____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 – Dyslipidémie

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient sous hypolipémiant 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, pour votre information seulement)

Réalisé le : _____

Cible visée : _____

Résultats : LDL _____ mmol/L, ApoB _____ g/L, Non-HDL _____ mmol/L

Autres valeurs si pertinentes (CTotal, TG, CK, ALT) : _____

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 : _____

