

**Rencontre initiale - Hypertension**

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

**Hypertension**

Indication : ☐ HTA primaire ☐ HTA secondaire à \_\_\_\_\_  
 Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Cr : \_\_\_\_\_ DFG<sub>e</sub> ajusté à la SC : \_\_\_\_\_ Clcr (CG) : \_\_\_\_\_  
 Habitudes de vie : ☐ Tabac : \_\_\_\_\_ ☐ Alcool : \_\_\_\_\_ ☐ Drogues : \_\_\_\_\_ ☐ Exercice : \_\_\_\_\_  
 Antécédents (Arythmies, IR, IH, IC (FEVG)) : \_\_\_\_\_  
 Facteurs de risque : ☐ Diabète ☐ ATCD familial MCV ☐ ATCD AVC/ICT  
 Score de Framingham : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Autres tx concomitant pertinents (statine, AAS): \_\_\_\_\_

**Cibles :** se référer aux lignes directrices d'Hypertension Canada au besoin

☐ < 140/90 mmHg (pharmacie/domicile) ou 135/85 mmHg (MPAC-OS) ☐ < 130/80 mmHg (diabétique)  
☐ < 120/80 mmHg (risque élevé) ☐ Autre : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg ; FC \_\_\_\_\_ bpm

**Historique**

Date d'initiation du 1er antihypertenseur : \_\_\_\_\_ Raison d'initiation : \_\_\_\_\_  
 Valeurs initiales avant traitement : TA \_\_\_\_\_ ; FC \_\_\_\_\_ ; 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 tension artérielle : ☐ 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 débiter PRN |               |                         |               |
| <input type="checkbox"/> Tx : _____ <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 (limites): \_\_\_\_\_

**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 tension artérielle et de fréquence cardiaque**

**Fréquence demandée:** ☐ die ☐ bid ☐ SQHA formulaire sur 1 semaine

☐ Autre : \_\_\_\_\_

*Se référer à la Société Québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) au besoin*

**Méthode de mesure**

**À domicile**

- ☐ Tensiomètre du patient  
☐ Soins à domicile (requête faxée au : \_\_\_\_\_)  
☐ Autre : \_\_\_\_\_

**En pharmacie**

- ☐ Tensiomètre accessible par le patient  
☐ Mesure par l'équipe de la pharmacie  
☐ MPAC-OS 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 :** ☐ Électrolytes ☐ Créatinine ☐ Autres : \_\_\_\_\_

**Date prévue :** \_\_\_\_\_ **Suivi :** ☐ Mis à l'agenda

**Feuillets remis**

- ☐ Hypertension artérielle (Vigilance) ☐ Prise de la tension artérielle (Vigilance)  
☐ Formulaire de suivi de TA (Vigilance) ☐ Approche alimentaire (Vigilance)  
☐ Carnet TA (autre) ☐ Formulaire de suivi de TA (SQHA) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

**Enseignement réalisé**

- Hypertension** ☐ Rôle des antihypertenseurs et bénéfices du bon contrôle de la TA  
☐ Cibles personnalisées de tension artérielle

**Mesures**

- ☐ Comment et quand mesurer sa TA  
☐ Importance de mesurer et apporter ses résultats lors de rendez-vous médicaux ou en pharmacie  
☐ Comment et quand contacter la clinique ou son médecin  
☐ Fonctionnement pour le partage des données

**Antihypertenseurs**

- ☐ Explication de la posologie ☐ Gestion des oublis et des journées maladies  
☐ Interactions potentielles avec les médicaments prescrits, MVL et PSN

**Effets indésirables**

- ☐ Enseignement sur les effets indésirables pertinents  
☐ Gestion des effets indésirables ☐ Présentation des symptômes d'hypotension

**Mesures non pharmacologiques**

- ☐ Enseignement sur les habitudes de vie : alimentation saine (DASH ou méditerranéenne, limitée en sel, augmentée en K+), activité physique, perte de poids, alcool, tabagisme, gestion du stress.

**Prochaine rencontre**

**Plan de match discuté :** \_\_\_\_\_

Prochain suivi avec pharmacien prévu : \_\_\_\_\_ ☐ Inscrit à l'agenda

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



**Suivi - Hypertension**

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

**Patient**

Nom : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Mesures de TA et FC**

| Cibles    | TA : | FC: |
|-----------|------|-----|
| Résultats |      |     |

Méthode de mesure : \_\_\_\_\_ Période : \_\_\_\_\_

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

|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| Fonction rénale | Créatinine : _____ umol/L                                | Estimation ClCr (CG) : _____ ml/min                |
|                 | CKD-EPI du laboratoire : _____ ml/min/1,73m <sup>2</sup> | CKD-EPI ajusté à surface corporelle : _____ ml/min |
| Ions            | Na <sup>+</sup> : _____ mmol/L                           | K <sup>+</sup> : _____ mmol/L                      |

**Évaluation:**

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

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

Diurétiques : déshydratation, dysfonction sexuelle, hyperuricémie, hypoK, hypoNa, hypoMg, insuffisance rénale  
 IECA/ARA : céphalée, toux, étourdissements, hyperkaliémie, angioedème (rare, mais grave)  
 BCC DHP : bouffées vasomotrices, céphalées, étourdissements, OMI, tachycardie réflexe  
 BB : bradycardie, bronchospasme, céphalées, dysfonction sexuelle, effets sur SNC (dépression, cauchemars, insomnie), étourdissements, exacerbation Raynaud, fatigue, ↑glycémie, intolérance à l'effort, nausées  
 BCC non DHP : bradycardie, céphalées, constipation, étourdissements, OMI

Présence de symptômes d'hypo ou d'hypertension : ☐ Non ☐ Oui : \_\_\_\_\_

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'agenda

Mesures de TA (fréquence, méthode de mesure) : \_\_\_\_\_

Analyse de laboratoire : Date prévue : \_\_\_\_\_ ☐ Électrolytes ☐ Créatinine ☐ 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 réalisés - Hypertension**

Communication d'informations au médecin/IPS pour un patient sous antihypertenseurs 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 : _____           | 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 : \_\_\_\_\_

Résultats : TA \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg; FC : \_\_\_\_ bpm

Autres valeurs si pertinentes (créatinine, électrolytes) : \_\_\_\_\_

Présence de symptômes d'hypo ou d'hypertension : ☐ 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 : _____  |

