

Rencontre initiale - Dyslipidémie

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

Dyslipidémie

Indication : Prévention primaire
 Hypercholestérolémie familiale homozygote
 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 débuter PRN			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <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 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

Feuilles remis

- Maladies cardiovasculaires (Vigilance)
- Hypercholestérolémie (Vigilance)
- Dyslipidémie (Coeur et AVC)
- Types d'alimentation (Coeur et AVC)
- Formulaire suivi des maladies cardiovasculaires (Vigilance)
- Activité physique et santé (Vigilance)
- Alimentation DASH (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 oubli
- 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 : _____ umol/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, dtrs musculaires, étourdissements, infection des voies respiratoires

*Signes d'atteinte musculaire : Myalgie, Myolyse, Rhabdomolyse, ↑ CK

**Signes d'hépatotoxicité : Fatigue, faiblesse, Perte d'appétit, dtrs abdo, Urine foncée, ictere, ↑ 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. : _____	DDN : _____
No permis : _____	Téléphone : _____

RAISON DE LA COMMUNICATION1) 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 : _____

