

## Médecin traitant ou IPS

Nom : \_\_\_\_\_  
 Tél. : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_  
 No permis : \_\_\_\_\_

## Patient

Nom : \_\_\_\_\_  
 DDN : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_

## Asthme

Cr : \_\_\_\_\_ eDFG ajusté à la SC : \_\_\_\_\_

Asthme : ☐ Diagnostic présumé ☐ Diagnostic confirmé par test diagnostic, date \_\_\_\_\_  
 Habitudes de vie : ☐ Tabac : \_\_\_\_\_ ☐ Alcool : \_\_\_\_\_ ☐ Drogues : \_\_\_\_\_ ☐ Exercice : \_\_\_\_\_  
 Facteurs de risque : ☐ Allergènes ☐ Fumée ☐ Particules fines \_\_\_\_\_ ☐ Exposition occupationnelle \_\_\_\_\_  
☐ Infection récurrente des voies respiratoires : \_\_\_\_\_ ☐ Autre information pertinente : \_\_\_\_\_

## Cibles et objectifs spécifiques

☐ Score ACT-5 (5 questions) > 20 points ☐ Score ACQ-5 < 4 points ☐ Fréquence d'utilisation de PRN : \_\_\_\_\_  
☐ Fonction AVD et AVQ : \_\_\_\_\_ ☐ Sommeil : \_\_\_\_\_ ☐ Activités physiques : \_\_\_\_\_


## Historique

Date de diagnostic : \_\_\_\_\_ Test : \_\_\_\_\_  
 Essais antérieurs (échec, intolérance) : \_\_\_\_\_  
 Enseignement des MNP déjà réalisé : ☐ Oui ☐ 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 : \_\_\_\_\_ ☐ 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 ☐ Prednisone \_\_\_\_ mg x 5 jours ou ☐ Quadrupler dose CSI x 7 à 14 jours

## Suivis attendus (par le pharmacien)

☐ Contrôle des symptômes ☐ Révision annuelle de la technique d'inhalation ☐ Cessation tabagique  
☐ Fréquence d'utilisation de PRN ☐ Adhésion aux traitements d'entretien ☐ 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.  
☐ Autres : \_\_\_\_\_

## Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires

☐ Il s'agit d'une initiation de traitement.  
☐ Autres : \_\_\_\_\_

## Période de validité de cette ordonnance

☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ 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 : \_\_\_\_\_