



DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PAR LE PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

Installation: _____

Date: _____

aaaa-mm-jj

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom de la pharmacie : _____

Télécopieur : _____

Date et heure de la transmission : _____

À partir de l'unité de soins : _____

aaaa-mm-jj

hh : mm

Usager avec médecin de famille : _____ Usager orphelin Usager inscrit collectivement à clinique : _____

Diabète

HbA1c : _____ %

Glycémie AC : _____ PC : _____ mmol/L

Hypertension artérielle

Pression artérielle : _____ mm Hg

Domicile Pharmacie

Hypothyroïdie

TSH : _____ mU/L (Milliunits per litre)

Dyslipidémie

LDL : _____ mmol/L Autres : _____

Asthme

Critères maîtrise d'asthme (INESSS Institut national d'excellence en santé et services sociaux)

MPOC

Maintien/amélioration des symptômes (INESSS)

Demande d'analyse de laboratoire prévue et le suivi sera assuré par médecin/ips.

Demande d'analyse de laboratoire à évaluer et à prescrire par le pharmacien.

Asthme

MPOC

Perte de 1 critère ou plus de maîtrise de l'asthme

Demande de consultation avec prise en charge par le pharmacien pour prescrire un plan d'action selon le guide INESSS asthme
OU préciser:

Médicament de contrôle : _____

Augmenter à _____ inhalation(s) _____ fois par jour pour une période de _____ jours

Médicament de secours : _____

Prendre _____ inhalation(s) aux _____ heures lorsque requis

Absence d'amélioration après _____ jours

Corticothérapie : Prednisone

Posologie/durée : _____

Changement de couleur des sécrétions

Antibiothérapie

Demande de consultation avec prise en charge par pharmacien pour prescrire l'antibiothérapie en plan d'action selon le guide INESSS

EAMPOC (Exacerbation aiguë de la maladie pulmonaire obstructive chronique)

OU préciser :

1^{er} choix : _____

Posologie/durée : _____

2^e choix (si 1^{er} choix utilisé en 3 mois) : _____

Posologie/durée : _____

Augmentation des essoufflements

Corticothérapie : Prednisone

Posologie/durée : _____

Si les cibles thérapeutiques ne sont pas atteintes ou si présence d'effets indésirables significatifs, le pharmacien:

Pourra amorcer un/des médicament(s) suivant(s) : _____

Pourra réaliser une consultation pharmaceutique, suite à laquelle le pharmacien pourra :

Appliquer ses recommandations (= initier un nouveau médicament) et aviser ensuite selon la modalité convenue.

Transmettre ses recommandations au prescripteur sous forme de suggestion.

Aviser médecin/IPS lorsque : Cible non atteinte malgré l'ajustement Valeurs critiques de laboratoire Amorce d'un médicament

Prescripteur : _____ N° permis : _____ Date : _____ Heure : _____

aaaa-mm-jj

hh : mm

Réponse du pharmacien communautaire : J'accepte Je refuse

Signature : _____ N° permis : _____ Date : _____ Heure : _____

aaaa-mm-jj

hh : mm

Réponse du pharmacien vue
par médecin/IPS (initiales)