

# HYPERTENSION ARTÉRIELLE : RENCONTRE DE SUIVI

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

INFORMATION PATIENT	PRÉ-RENCONTRE
*** Coller étiquette patient ici ***	<input type="checkbox"/> Vérifier DSQ <input type="checkbox"/> Appel au patient : confirmation de rendez-vous <input type="checkbox"/> Vérifier observance
	MISE À JOUR
	Tabac : <input type="checkbox"/> oui : ___ cigarettes/jr <input type="checkbox"/> non Caféine : <input type="checkbox"/> oui : _____ cafés/jr <input type="checkbox"/> non Nouvelle allergie : <input type="checkbox"/> oui : _____ <input type="checkbox"/> non Grossesse : <input type="checkbox"/> oui : _____ semaines <input type="checkbox"/> non Allaitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

SUIVIS DE BASE	
<b>Efficacité</b>	<b>Joindre le formulaire "SUIVI DE LA TENSION ARTÉRIELLE" remis lors de la rencontre initiale.</b> Cible atteinte : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Le patient prend-il un médicament pouvant causer ou exacerber l'hypertension ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, soit le _____ Autres facteurs pouvant expliquer non atteinte des cibles : _____
<b>Innocuité</b>	<input type="checkbox"/> <b>Aucun problème d'innocuité</b> <input type="checkbox"/> Étourdissements <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Bradycardie <input type="checkbox"/> Oedème périphérique <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
<b>Adhésion</b>	<b>Renouvellements réguliers selon dossier informatique</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Adhérence selon patient</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Raison de l'inobservance, si applicable : _____ Perception du patient des avantages/inconvénients du traitement: _____ Niveau de motivation : _____

SUIVIS PRINCIPAUX SELON LA CLASSE MÉDICAMENTEUSE		
<b>IECA/ARA</b> - Créatinine sérique et potassium aux 6 à 12 mois ou 10-14 jours après une augmentation de dose. Réévaluer la posologie si augmentation de la créatinine sérique de plus de 30% par rapport à la valeur de base - Électrolytes - Grossesse/Allaitement si femme - Toux	<b>Diurétiques thiazidiques</b> - Créatinine sérique et potassium aux 6 à 12 mois ou 10-14 jours après une augmentation de dose. - Acide urique aux 12 mois - Suivi de la goutte si patient connu pour en faire - Électrolytes aux 12 mois	
<b>Bêta-bloqueurs</b> - Fréquence cardiaque - Glycémies si patient diabétique - Symptômes dépressifs - Dysfonction sexuelle - Exacerbation d'asthme	<b>BCC-DHP</b> - Bouffées vasomotrices - Étourdissements - Tachycardie réflexe - Céphalées - Oedème des membres inférieurs	<b>BCC-DHP</b> - Bradycardie - Céphalées - Oedème des membres inférieurs - Constipation (surtout vérapamil)

NB : Les ajustements de doses pour toutes les classes d'antihypertenseurs cités dans le tableau ci-haut se font généralement aux 4 semaines.

- Thérapie actuelle du patient :** \_\_\_\_\_
- Ajustement :** \_\_\_\_\_
- Patient avisé de l'ajustement**
 **Médecin avisé** (joindre fax au MD)
 Numéro de prescription : \_\_\_\_\_
- Laboratoires prescrits :**  
 Électrolytes     Créatinine sérique     Bilan lipidique  
 HbA1c     Autre : \_\_\_\_\_
- Aucun ajustement**
- Justification clinique :** \_\_\_\_\_

#### PROCHAINE ÉTAPE

- Date prochain suivi:** \_\_\_\_\_
- Préparation pour prochaine rencontre :**
- **Patient doit prendre 2 mesures de TA le matin avant le déjeuner et 2 mesures HS pour 7 jours consécutifs et documenter MNP.**
  - **Mettre la prochaine rencontre à l'agenda du logiciel de pharmacie.**

#### RÉCLAMATION

Rencontre initiale	<b>15.74 \$</b>
Prise en charge	<b>40,63 \$ / an (en deux versements)</b>

\* Honoraires 2018-2019, selon l'entente AQPP-MSSS 2018-2020

Signature Pharmacien : \_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_



