

RENCONTRE DE SUIVI DE L'ASTHME

Date : _____

Identification du patient: _____

Nom : _____

DDN/RAMQ : _____

1. Thérapie actuelle du patient (préciser nom du médicament, dose et posologie)

CSI : _____

Si budésonide/formoterol pris en PRN uniquement, préciser la fréquence d'utilisation : _____

Médicament de secours : _____ Fréquence d'utilisation : _____

BALA : _____

Montélukast : _____

Agent biologique : _____

Rhinite allergique concomitante : Oui Non

Autre : _____

Présence d'effets secondaires : Oui Préciser : _____ Non

Bonne adhésion : Oui Non Raison : _____

Technique inhalation adéquate : Oui Non À améliorer : _____

Le patient est satisfait de sa thérapie : Oui Non Raison : _____

2. Évaluation de la maîtrise de l'asthme

		Oui (indice de bon contrôle)	Non (indice de mauvais contrôle)
Symptômes diurnes	≤ 2 jours/semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes nocturnes	< 1 nuit/semaine ET légers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité physique	Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exacerbations	Légères* ET peu fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absentéisme du travail	Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin d'un médicament de secours**	≤ 2 doses/semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Exacerbation légère : qui ne requière pas l'utilisation d'un corticostéroïde systémique/visite à l'urgence/hospitalisation

** À l'exclusion des patients traités uniquement par CSI à chaque recours au BACA PRN ou budésonide/formoterol PRN

Le patient présente un/plusieurs critères de mauvaise maîtrise de l'asthme : Oui Non

Si oui :

• La mauvaise maîtrise peut s'expliquer par une adhésion ou technique d'inhalation sous-optimale : Oui Non

• La maîtrise de l'asthme s'est détériorée depuis la rencontre précédente : Oui Non

• Commentaires du pharmacien : _____

3. Évaluation des facteurs de risque d'exacerbation (cocher si présent) :

Utilisation > 2 inhalateurs de BACA/an	<input type="checkbox"/>
Fumeur	<input type="checkbox"/>
Asthme mal contrôlé	<input type="checkbox"/>
Antécédent d'exacerbation sévère de l'asthme ayant nécessité la prise d'un corticostéroïde systémique et/ou une visite à l'urgence et/ou une hospitalisation	<input type="checkbox"/>

Le patient présente un/plusieurs facteurs de risque, ce qui justifie un suivi plus rapproché : Oui Non

4. Évaluation du statut vaccinal

	Date dernière injection	À prescrire
Influenza		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
SRAS-CoV-2	Dernière infection > 6 mois : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pneumocoque*		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

* Selon les recommandations du programme d'immunisation du Québec, vacciner seulement les personnes asthmatiques suivantes : adulte \geq 50 ans dont l'asthme nécessite un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers **OU** personne < 50 ans dont l'asthme s'accompagne d'une bronchite chronique, d'un emphysème ou d'une corticothérapie systémique de longue durée.

5. Évaluation du statut tabagique

Statut : fumeur non-fumeur ancien fumeur

Si patient fumeur :

Nombre de cigarettes par jour :

Prend une cigarette dans les 30 minutes suivant le réveil : Oui Non

Désire arrêter de fumer : Oui Non

Se sent prêt à arrêter de fumer : Oui Non

A déjà tenté d'arrêter de fumer : Oui (méthode utilisée : _____) Non

Cessation tabagique à prescrire : Oui Non

6. Planification du suivi

Date de la prochaine rencontre : _____