

RENCONTRE INITIALE DE PRISE EN CHARGE DE LA MPOC Date : _____

Identification du patient: _____

Nom : _____

DDN/RAMQ : _____

1. Évaluation de la dyspnée avec l'échelle modifiée du Conseil de recherches médicales

Description	Grade CRMm
Le patient ne s'essouffle pas, sauf en cas d'effort vigoureux	0 <input type="checkbox"/>
Le patient manque de souffle lorsqu'il marche rapidement sur une surface plane ou qu'il monte une pente légère	1 <input type="checkbox"/>
Le patient marche plus lentement que les gens du même âge sur une surface plane parce qu'il manque de souffle ou s'arrête pour reprendre son souffle lorsqu'il marche à son rythme	2 <input type="checkbox"/>
Le patient s'arrête pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 mètres ou après avoir marché quelques minutes sur une surface plane	3 <input type="checkbox"/>
Le patient est trop essoufflé pour quitter la maison ou s'essouffle lorsqu'il s'habille ou se déshabille	4 <input type="checkbox"/>

2. Évaluer l'impact de la maladie sur l'état de santé du patient avec l'échelle CAT (COPD Assessment Test)

Ne tousse jamais	0 1 2 3 4 5	Tousse tout le temps
Absence de mucus dans les poumons	0 1 2 3 4 5	Poumons entièrement encombrés de mucus
N'a pas du tout la poitrine oppressée	0 1 2 3 4 5	A la poitrine très oppressée
N'est pas essoufflé(e) lorsque monte une côte/des escaliers	0 1 2 3 4 5	Est très essoufflé(e) lorsque monte un côte/des escaliers
N'est pas limité(e) dans ses activités chez soi	0 1 2 3 4 5	Est très limité(e) dans ses activités chez soi
N'est pas inquiet(e) lorsque quitte la maison, en dépit de ses problèmes pulmonaires	0 1 2 3 4 5	Est très inquiet(e) lorsque quitte la maison, en raison de ses problèmes pulmonaires
Dort bien	0 1 2 3 4 5	Dort mal à cause de ses problèmes pulmonaires
Est plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5	N'a pas du tout d'énergie

Interprétation du score : > 30 : impact très élevé > 20 : impact élevé 10-20 : impact modéré < 10 : faible impact

Score total (additionner les points) : _____

3. Évaluation du risque d'exacerbation aiguë de la MPOC

Plan d'action présent au dossier : oui non

Nombre d'exacerbation(s) au cours de la dernière année : _____

Date de la dernière exacerbation : _____

Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> ≤ 1 exacerbation modérée* dans la dernière année ET aucune exacerbation sévère** dans la dernière année 	<input type="checkbox"/>
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> ≥ 2 exacerbations modérées* dans la dernière année OU ≥ 1 exacerbation sévère** dans la dernière année 	<input type="checkbox"/>

* Exacerbation modérée : exacerbation ayant nécessité une prescription d'antibiotique ou de corticostéroïdes oraux

**Exacerbation sévère : exacerbation ayant nécessité une visite à l'urgence et/ou hospitalisation

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

BACA : _____ # d'inhalation / jour / semaine _____

ACLA : _____

BALA : _____

BALA/CSI : _____

ACLA/BALA : _____

ACLA/BALA/CSI : _____

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 : _____

5. Concordance entre la thérapie et les lignes directrices de 2023 de la Société canadienne de thoracologie

Score	Traitement initial recommandé	Intensification du traitement requise
CRMm = 1, CAT < 10	Bronchodilatateur inhalé à longue action (ACLA ou BALA)	Combinaison ACLA/BALA
CRMm ≥ 2, CAT ≥ 10 ET Risque faible exacerbation	Combinaison ACLA/BALA	Passage vers la triple thérapie (ACLA/BALA/CSI)
CRMm ≥ 2, CAT ≥ 10 ET Risque élevé exacerbation	Triple thérapie ACLA/BALA/CSI	Envisager : azithromycine, roflumilast, agent mucolytique

La thérapie du patient s'harmonise avec les recommandations canadiennes : Oui Non

La thérapie du patient est adaptée aux caractéristiques de ce dernier (ex. CSI à éviter si pneumonies récurrentes, azithromycine à éviter en présence d'un QT allongé, etc.) : Oui Non

Ajustements à faire à la thérapie : Oui Non

Commentaires du pharmacien : _____

6. 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"/>
VRS		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

7. 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

8. Planification du suivi

Date de la prochaine rencontre : _____