

RENCONTRE DE SUIVI DE LA MPOC Date : _____

Identification du patient: _____

Nom : _____

DDN/RAMQ : _____

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

BACA : _____

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 : _____

2. Évaluation du risque d'exacerbation aigüe de la MPOC

Niveau de risque lors de la rencontre précédente : Faible Élevé

Présence d'une exacerbation depuis la dernière rencontre : Oui Non

Si oui, préciser la cause : _____

Si oui, préciser la date : _____

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

3. Évaluer l'efficacité des traitements pharmacologique avec l'échelle CAT (COPD Assessment Test)

Score CAT lors de la dernière rencontre : _____

Calculer le score actuel :

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) : _____

Comparativement au résultat précédent, le score actuel montre :

Une augmentation du score CAT

Une stabilisation du score CAT

Une diminution du score CAT

Évolution du score CAT dans le temps :

Date						
Score CAT						

Note : une diminution ≥ 2 points au score CAT est considérée comme étant cliniquement significative¹.

4. Évaluation de la thérapie (considérer le niveau de risque d'exacerbation, l'évolution du score CAT et les caractéristiques personnelles du patient) :

À titre de rappel :

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

Un ajustement de la thérapie est requis : Oui Non

Commentaires du pharmacien : _____

5. 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"/>

6. 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

1. Planification du suivi

Date de la prochaine rencontre : _____

¹ Kon SS, Canavan JL, Jones SE, Nolan CM, Clark AL, Dickson MJ, et al. Minimum clinically important difference for the COPD Assessment Test: a prospective analysis. Lancet Respir Med. 2014;2(3):195-203.