

# DIABÈTE NON INSULINODÉPENDANT : RENCONTRE DE SUIVI

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

INFORMATION PATIENT	PRÉ-RENCONTRE
<p>*** Coller étiquette patient ici ***</p>	<input type="checkbox"/> Vérifier DSQ <input type="checkbox"/> Appel au patient : confirmation de rendez-vous et rappel de documenter prises de glycémies <input type="checkbox"/> Vérifier observance
	MISE À JOUR
	Tabac : <input type="checkbox"/> oui : ___ cigarettes/jr <input type="checkbox"/> non Nouvelle allergie : <input type="checkbox"/> oui : _____ <input type="checkbox"/> non Grossesse : <input type="checkbox"/> oui : _____ nb. sem. <input type="checkbox"/> non Allaitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

SUIVIS DE BASE			
	Cibles	Résultat obtenu / Justification	Cible atteinte
<b>Glycémies</b>	<input type="checkbox"/> Glycémie préprandiale (5-10) <input type="checkbox"/> Glycémie préprandiale (4-7) <input type="checkbox"/> Glycémie 2h PC entre 5-8 si cible HbA1c non atteinte <input type="checkbox"/> Glycémie 2h PC entre 5-10		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> HbA1c 6.0 à 6.5% <input type="checkbox"/> HbA1c 6.6 à 7.0 % <input type="checkbox"/> HbA1c 7.1 à 8.5% <input type="checkbox"/> Autre cible		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Innocuité</b>	<input type="checkbox"/> <b>Aucun problème d'innocuité</b> <input type="checkbox"/> Hypoglycémies <input type="checkbox"/> Déficit en vitamine B12 <input type="checkbox"/> Troubles gastro-intestinaux <input type="checkbox"/> Gain de poids <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Adhésion</b>	<input type="checkbox"/> Renouvellements selon dossier informatique <input type="checkbox"/> Adhésion au traitement		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Mode de vie</b>	<input type="checkbox"/> Exercice (150 min/semaine) <input type="checkbox"/> Alimentation (modification de la diète (DASH, méditerranéenne, végétarienne) <input type="checkbox"/> Alcool (modification de la consommation)		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Dyslipidémie</b>	<input type="checkbox"/> LDL < 2 mmol/L <input type="checkbox"/> Diminution de 50%		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>TA</b>	<input type="checkbox"/> < 130/80		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



## SUIVIS PRINCIPAUX POUR CHAQUE CLASSE MÉDICAMENTEUSE

<b>Metformine</b> - troubles G-I - déficit en vit. B12 - acidose lactique - pas de gain de poids - FSC et vit. B12 q1an - créat. q6mois	<b>Sécrétagogues Sulfonylurées</b> - gain de poids - hypoglycémies (glyburide ++) - créat. q6mois  <b>Glinides</b> - gain de poids - hypoglycémies (moindres) - céphalées - constipation	<b>Agonistes des récepteurs GLP-1</b> - troubles G-I (se normalisant après quelques semaines) - ↑ fréquence cardiaque - réaction au site d'injection - perte de poids - créat. q6mois	<b>Thiazolidinediones (pioglitazone)</b> - gain de poids - œdème - fractures osseuses (surtout femme si utilisation long terme) - ALT q6mois - créat. q6mois
<b>Acarbose</b> - troubles G-I - ALT q6mois - créat. q6mois	<b>Inhibiteurs de DPP-4</b> - céphalée - nasopharyngite/ IVRS - E2 musculo- squelettiques - créat. q3-6mois (selon Rx)	<b>Inhibiteurs du SGLT-2</b> - constipation - hypotension - infection urinaire, mycose génitale - pollakiurie/polyurie - perte de poids - créat. q3mois	<b>Insulines</b> - hypoglycémies fréquentes - gain de poids - réaction au site d'injection

\*\*\* Suivi des effets indésirables à chaque rencontre de suivi

**Thérapie actuelle du patient :** \_\_\_\_\_  
 **Ajustement :** \_\_\_\_\_  
      **Patient avisé de l'ajustement**                      **Laboratoires prescrits :**  
      **Médecin avisé** (joindre fax au MD)                       HbA1c                       Créatinine sérique                       ALT  
      Numéro de prescription : \_\_\_\_\_                       B12                       Autre : \_\_\_\_\_  
 **Aucun ajustement**                      **Justification clinique :** \_\_\_\_\_  
 **Retour sur plan d'action du patient**

### PROCHAINE ÉTAPE (SI PERTINENT)

**Date prochain suivi:** \_\_\_\_\_  
**Préparation pour prochaine rencontre :**  
 • **Patient doit documenter glycémies et MNP.**  
 • **Mettre la prochaine rencontre à l'agenda du logiciel de pharmacie.**

### RÉCLAMATION

Rencontre initiale	<b>15.74 \$</b>
Prise en charge	<b>50,79 \$ / an (en trois versements)</b>

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

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

**Références consultées :** UpToDate, Canadian Diabète Association, Protocole médical de l'INESSS pour l'ajustement en diabète de type II. \*Référence complètes disponibles sur demande.

