

DIABÈTE DE TYPE 2 : RENCONTRE INITIALE

Date : _____

INFORMATION PATIENT	THÉRAPIE / PLAN DE TRAITEMENT	
*** Coller étiquette patient ici ***	Thérapie actuelle	Peut être modifiée?
	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cibles :		Date accord MD : _____
<input type="checkbox"/> Glycémie préprandiale (5-10)	<input type="checkbox"/> HbA1c ≤ 6.5 %	
<input type="checkbox"/> Glycémie préprandiale (4-7)	<input type="checkbox"/> HbA1c ≤ 7 %	
<input type="checkbox"/> Glycémie 2h PC (5-10)	<input type="checkbox"/> HbA1c 7.1 % à 8.5 %	
<input type="checkbox"/> Glycémie 2h PC (5-8)	<input type="checkbox"/> Autre : _____	

COMMENT
<input type="checkbox"/> Selon protocole de l'INESSS <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre : _____

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET HABITUDES DE VIE			
Poids : _____	Tabac: <input type="checkbox"/> oui : ___ cigarettes/jr	Alcool: <input type="checkbox"/> oui : ___ conso. / sem.	Exercice physique ___ min/sem Alimentation : _____
Taille : _____	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	
IMC : _____	<input type="checkbox"/> ancien fumeur	IRC: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
		MVC: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

VALEURS ACTUELLES		
Date		1 Selon INESSS, suivi q3mois si cibles non atteintes, ou q6mois si cibles atteintes 2 Selon INESSS, doser q1an si prise de Metformine, avec FSC. 3 Selon INESSS, suivi q3-6mois selon rx au profil, à individualiser selon jugement professionnel Voir http://labosloi41.com
Hb1Ac ¹		
Glucose à jeun		
Glucose post-prandial		
ALT 0 – 35 U/L		
B12 >220 pmol/L ²		
Créat ³		
ClCr <input type="checkbox"/> Cockcroft-Gault <input type="checkbox"/> MDRD <input type="checkbox"/> CKD-EPI		
Hb Femme 120 à 160 g/L, Homme 135 à 175 g/L		
RAC < 30mg/g		
TAs/TAd < 130/80 mmHg. Autre: _____		
LDL < 2 mmol/L		
Autre(s) :		

Médicaments pouvant influencer le diabète (liste non exhaustive)

- **Diminuer la glycémie** : stéroïdes anabolisants, sulfamidés. Alcool et BB (peuvent masquer certains signes d'hypoglycémie).
- **Augmenter la glycémie** : glucocorticoïdes, antipsychotiques atypiques, lithium, cyclosporine, acide nicotinique, diurétique thiazidique (ex. HCTZ > 25mg), interféron.
- **MVL** : Médicaments qui contiennent du sucre (ex : pastilles pour la gorge, sirops pour la toux), décongestionnants oraux.

Médicaments recommandés au profil pour protection vasculaire

1. Maladie macrovasculaire (cardiopathie ischémique, maladie artérielle périphérique, maladie cérébrovasculaire/carotidienne) ⇒ Statine + IECA (ou ARA) + AAS
2. Maladie microvasculaire (rétinopathie, néphropathie, neuropathie) OU ≥ 55 ans et présence de facteurs de risques cardiovasculaires ⇒ Statine + IECA (ou ARA).
3. 40-54 ans OU diabète depuis plus de 15 ans et patient ≥ 30 ans OU traitement nécessaire selon lignes directrices sur la dyslipidémie ⇒ Statine



ENSEIGNEMENT À EFFECTUER AUPRÈS DU PATIENT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Modalité de la prise des médicaments | <input type="checkbox"/> Comment gérer une hypoglycémie |
| <input type="checkbox"/> Les effets secondaires potentiels et leur gestion | <input type="checkbox"/> Contrôler hypertension |
| <input type="checkbox"/> L'importance de l'adhésion | <input type="checkbox"/> Contrôler dyslipidémie |
| <input type="checkbox"/> Remplir plan d'action avec le patient | <input type="checkbox"/> Importance de l'atteinte des cibles |

FRÉQUENCE DE PRISES DE MESURES GLYCÉMIQUES

Dès le 21 avril 2017, le remboursement des bandelettes sera en fonction du risque d'hypoglycémie, à savoir :

- 3000 bandelettes par année pour les diabétiques traités avec de l'insuline (4 mesures ou plus/jr) ;
- 400 pour les diabétiques qui prennent des hypoglycémifiants oraux, mais pas d'insuline (environ 1 bandelette/jr) ;
- 200 pour les diabétiques sans ordonnance d'hypoglycémifiants ou d'insuline.

MESURES NON PHARMACOLOGIQUES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Au moins 150 minutes d'activité physique aérobie par semaine (soit 5 fois 30 min.) | <input type="checkbox"/> Bracelet Medic-Alert |
| <input type="checkbox"/> 2-3 séances d'exercice de résistance par semaine | <input type="checkbox"/> Inspection des pieds |
| <input type="checkbox"/> Perte de poids 5-10% dans les prochains 6-12 mois si excès de poids | <input type="checkbox"/> Évaluation de la vision annuelle |
| <input type="checkbox"/> Si tabagisme, promouvoir la cessation | <input type="checkbox"/> Méthode de diminution de stress |
| <input type="checkbox"/> Alimentation équilibrée ou diète spécialisée (ex. DASH) ou référence à nutritionniste | <input type="checkbox"/> Vaccination Influenza et Pneumocoque |
| <input type="checkbox"/> Alcool ≤ 2 /jr. et ≤ 10 /semaine pour femmes et ≤ 3 /jr. et ≤ 15 /semaine pour hommes | |

Autosurveillance de la glycémie

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Connaissance des valeurs cibles de glycémies AC et 2h PC | <input type="checkbox"/> Remise carnet de glycémie |
| <input type="checkbox"/> Connaissance de l'utilisation d'un glucomètre | <input type="checkbox"/> Vérification du calibrage du glucomètre annuellement |

MODIFICATION DE LA THÉRAPIE

- Thérapie actuelle du patient :** _____
- Ajustement :** _____
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patient avisé de l'ajustement | <input type="checkbox"/> Médecin avisé (joindre fax au MD) | <input type="checkbox"/> Numéro de prescription : _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratoires prescrits | <input type="checkbox"/> Hb1Ac | <input type="checkbox"/> Glucose à jeun |
| | <input type="checkbox"/> ALT 0 – 35 U/L | <input type="checkbox"/> B12 >220 pmol/L |
| | | <input type="checkbox"/> Créat |
- Aucun ajustement**

PROCHAINE ÉTAPE

Date prochain suivi: _____

Préparation pour prochaine rencontre :

- **Patient doit documenter glycémies et MNP.**
- **Mettre la prochaine rencontre à l'agenda du logiciel de pharmacie.**

Signature Pharmacien : _____

Licence : _____

Références consultées : INESSS, Association Canadienne du Diabète, <http://www.diabetes.ca>, <http://labosloi41.com/>; Référence complètes disponibles sur demande.

La Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal autorise les pharmaciens à utiliser ces outils pour une durée illimitée, dans la mesure où elle en garde tous les droits d'auteurs et que les documents ne sont pas modifiés sans son accord. En retour, les pharmaciens peuvent soumettre leurs commentaires à son concepteur, M. Simon Lessard (simon.lessard.3@umontreal.ca), qui en assurera la mise à jour suivant les avancées scientifiques.

