

# OPINION PHARMACEUTIQUE ( > 65 ans en vessie hypereactive)

## NIVEAU DE PRIORITÉ

- Évaluation rapide demandée  
 Évaluation dans les prochaines semaines  
 Évaluation lors du prochain rendez-vous médical

## DESTINATAIRE

Nom du médecin :	# Télécopieur :
------------------	-----------------

## COLLECTE DE DONNÉE

Nom du patient :	RAMQ :	<input type="checkbox"/> < 65 ANS	<input type="checkbox"/> > 65 ANS
Agent actuel :			
<input type="checkbox"/> Oxybutinine (Ditropan <sup>md</sup> )	<input type="checkbox"/> Oxybutinine top (Gelnique <sup>md</sup> )	<input type="checkbox"/> Oxybutinine-LA (Ditropan XL <sup>md</sup> )	<input type="checkbox"/> Oxybutinine transderm (Oxytrol <sup>md</sup> )
<input type="checkbox"/> Darifénacine (Enablex <sup>md</sup> )	<input type="checkbox"/> Toltérodine (Detrol <sup>md</sup> )	<input type="checkbox"/> Fésotérodine (Toviaz <sup>md</sup> )	<input type="checkbox"/> Toltérodine-LA (Detrol LA <sup>md</sup> )
<input type="checkbox"/> Trosipium (Trosec <sup>md</sup> )	<input type="checkbox"/> Solifénacine (Vesicare <sup>md</sup> )		

## ÉVALUATION

Efficacité	Innocuité	Adhésion
<input type="checkbox"/> Questionnaire d'évaluation <i>Patient Perception of Bladder Condition</i> (PPBC) ci-bas.	<input type="checkbox"/> Bouche sèche <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Céphalée <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Étourdissement <input type="checkbox"/> Vision brouillée <input type="checkbox"/> Confusion / hallucination <input type="checkbox"/> Rétention urinaire	Observance <input type="checkbox"/> Bonne Inobservance <input type="checkbox"/> < 20% en 90 jours <input type="checkbox"/> > 20% en 90 jours

**Patient Perception of Bladder Condition (PPBC):** Lequel des énoncés s'applique le mieux à la condition du patient ?

1. Mon trouble vésical ne me pose aucun problème.
2. Mon trouble vésical me pose quelques problèmes très mineurs.
3. Mon trouble vésical me pose quelques problèmes mineurs.
4. Mon trouble vésical me pose des (quelques) problèmes modérés.
5. Mon trouble vésical me pose des problèmes graves.
6. Mon trouble vésical me pose de nombreux problèmes graves.

## INTERVENTION PROPOSÉE POUR > 65 ANS ÉVALUÉE PAR ORGANISMES INDÉPENDANTS (par pharmacien)

Agents	Doses	Critères FORTA	Critères BEERS
Oxybutinine (Ditropan <sup>md</sup> )	5 mg BID-TID	D (dose usuelle)	Inapproprié
Oxybutinine-LA (Ditropan XL <sup>md</sup> )	5-10mg DIE	C	Inapproprié
Oxybutinine-top (Gelnique <sup>md</sup> )	1 g de gel 1% DIE	---	Inapproprié
Oxybutinine-transderm (Oxytrol <sup>md</sup> )	36mg 2 fois/sem	---	Inapproprié
Darifénacine (Enablex <sup>md</sup> )	7.5-15mg DIE	C	Inapproprié
Fésotérodine (Toviaz <sup>md</sup> )	4mg DIE	B	Inapproprié
Toltérodine (Detrol <sup>md</sup> )	2mg BID	C	Inapproprié
Toltérodine-LA (Detrol LA <sup>md</sup> )	4mg DIE	C	Inapproprié
Trosipium (Trosec <sup>md</sup> )	20mg BID	C	Inapproprié
Solifénacine (Vesicare <sup>md</sup> )	5-10mg DIE	C	Inapproprié

Modifier l'agent actuel pour : \_\_\_\_\_  
 Précision : \_\_\_\_\_

**INTERVENTION À RÉALISER (par pharmacien)**

Mesures non pharmacologiques	Limiter l'apport de liquide, réduire caféine/alcool, toilette régulière afin d'éviter urgence urinaire, exercices pelviens au prochain renouvellement
Efficacité	Questionnaire d'évaluation PPBC (d'ici 4-8 semaines)
Innocuité	Au prochain renouvellement
Adhésion	Au prochain renouvellement

**SECTION DU MÉDECIN**

- Poursuivre l'agent actuel  
 Réévaluer le patient lors de sa prochaine consultation  
 Modifier l'agent actuel

Code GU33 (SVP retranscrire) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Renouvellement (s) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ # permis: \_\_\_\_\_

ATTESTATION DU PRESCRIPTEUR : Cette ordonnance représente l'ordonnance originale. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de cette ordonnance ne sera pas réutilisé.

Nom du pharmacien		Date	
# de pratique		# téléphone	
Signature		# télécopieur	

**RÉFÉRENCES**

J Obstet Gynaecol Can 2012 ; 34 (11) : 1092-1101,

Age and Ageing 2015; 44: 745-755

J Am Geriatr Soc 63 : 2227-2246, 2015.

Patient Perception of Bladder Condition (PPBC): © Copyright 2003 Pfizer, Inc. All rights reserved.

## NOTES ADDITIONNELLES

### Critères FORTA<sup>1</sup>

- Classe A (*absolutely*): médicament indispensable, bénéfice net en termes de rapport efficacité / sécurité prouvé pour une indication donnée chez les personnes âgées.
- Catégorie B (*beneficial*): médicaments ayant une efficacité éprouvée ou évidente chez les personnes âgées, mais une portée limitée des effets ou des problèmes de sécurité.
- Classe C (*careful*): médicaments avec des profils douteux d'efficacité / sécurité chez les personnes âgées, à éviter ou à omettre en présence d'un trop grand nombre d'autres médicaments, d'un manque d'avantages ou d'effets secondaires émergents; Examiner / trouver des solutions de rechange.
- Classe D (*don't*): éviter chez les personnes âgées, omettre d'abord, revoir / trouver des solutions de rechange.

### Critères BEERS<sup>2</sup>

Médicament potentiellement inapproprié n'est pas assurément inapproprié. Certaines circonstances importantes sont à considérer. En règle générale, les anticholinergiques sont à éviter en présence de délirium, de démence ou de troubles cognitifs.

---

<sup>1</sup> Critères basés sur un groupe d'experts utilisant le système de classification FORTA (*Fit for The Aged*)

<sup>2</sup> Critères de Beers de l'*American Geriatrics Society*