

HYPERTENSION ARTÉRIELLE : RENCONTRE DE SUIVI

Date : _____

INFORMATION PATIENT	PRÉ-RENCONTRE
*** Coller étiquette patient ici ***	<input type="checkbox"/> Vérifier DSQ <input type="checkbox"/> Appel au patient : confirmation de rendez-vous <input type="checkbox"/> Vérifier observance
	MISE À JOUR
	Tabac : <input type="checkbox"/> oui : ___ cigarettes/jr <input type="checkbox"/> non Caféine : <input type="checkbox"/> oui : _____ cafés/jr <input type="checkbox"/> non Nouvelle allergie : <input type="checkbox"/> oui : _____ <input type="checkbox"/> non Grossesse : <input type="checkbox"/> oui : _____ semaines <input type="checkbox"/> non Allaitement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

SUIVIS DE BASE	
Efficacité	Joindre le formulaire "SUIVI DE LA TENSION ARTÉRIELLE" remis lors de la rencontre initiale. Cible atteinte : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Le patient prend-il un médicament pouvant causer ou exacerber l'hypertension ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, soit le _____ Autres facteurs pouvant expliquer non atteinte des cibles : _____
Innocuité	<input type="checkbox"/> Aucun problème d'innocuité <input type="checkbox"/> Étourdissements <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Bradycardie <input type="checkbox"/> Oedème périphérique <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____
Adhésion	Renouvellements réguliers selon dossier informatique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Adhérence selon patient <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Raison de l'inobservance, si applicable : _____ Perception du patient des avantages/inconvénients du traitement: _____ Niveau de motivation : _____

SUIVIS PRINCIPAUX SELON LA CLASSE MÉDICAMENTEUSE		
IECA/ARA	Diurétiques thiazidiques	
- Créatinine sérique et potassium aux 6 à 12 mois ou 10-14 jours après une augmentation de dose. Réévaluer la posologie si augmentation de la créatinine sérique de plus de 30% par rapport à la valeur de base - Électrolytes - Grossesse/Allaitement si femme - Toux	- Créatinine sérique et potassium aux 6 à 12 mois ou 10-14 jours après une augmentation de dose. - Acide urique aux 12 mois - Suivi de la goutte si patient connu pour en faire - Électrolytes aux 12 mois	
Bêta-bloqueurs	BCC-DHP	BCC-DHP
- Fréquence cardiaque - Glycémies si patient diabétique - Symptômes dépressifs - Dysfonction sexuelle - Exacerbation d'asthme	- Bouffées vasomotrices - Étourdissements - Tachycardie réflexe - Céphalées - Oedème des membres inférieurs	- Bradycardie - Céphalées - Oedème des membres inférieurs - Constipation (surtout vérapamil)

NB : Les ajustements de doses pour toutes les classes d'antihypertenseurs cités dans le tableau ci-haut se font généralement aux 4 semaines.

Thérapie actuelle du patient : _____

Ajustement : _____

Patient avisé de l'ajustement
 Médecin avisé (joindre fax au MD)
 Numéro de prescription : _____

Laboratoires prescrits :
 Électrolytes
 Créatinine sérique
 Bilan lipidique
 HbA1c
 Autre : _____

Aucun ajustement

Justification clinique : _____

PROCHAINE ÉTAPE

Date prochain suivi: _____

Préparation pour prochaine rencontre :

- **Patient doit prendre 2 mesures de TA le matin avant le déjeuner et 2 mesures HS pour 7 jours consécutifs et documenter MNP.**
- **Mettre la prochaine rencontre à l'agenda du logiciel de pharmacie.**

RÉCLAMATION

Rencontre initiale	15.74 \$
Prise en charge	40,63 \$ / an (en deux versements)

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

Signature Pharmacien : _____ Licence : _____



