OPINION PHARMACEUTIQUE

ProFiL
Programme de formation et de liaison en néphrologie

MÉDECIN	PATIENT
Dr / Dre	M. / Mme
	RAMQ :

ÉVALUATION DE LA FONCTION RÉNALE

Clcr (mL/min) ou débit de filtration glomérulaire (mL/min/1,73m²) : _____ En date du : ____/____/____ (jj / mm / aaaa)

PROBLÈME(S) OBSERVÉ(S)

- ❑ Ajustement posologique requis selon la fonction rénale pour : _____
- ❑ Médicament non recommandé selon la fonction rénale : _____
- ❑ Discordance significative entre le dossier-pharmacie et votre profil pharmacologique pour : _____
- ❑ Non adhésion (❑ >120% ou ❑ < 80% en 90 jours) à un médicament : _____
- ❑ Tension artérielle supérieure aux cibles visées : _____
- ❑ Épisodes d'hypoglycémie : _____
- ❑ Interaction médicamenteuse entre : _____ et _____
- ❑ Prise inadéquate d'un médicament : _____
- ❑ Référence requise pour un traitement ou un suivi anti-tabagique : _____
- ❑ Traitement inadéquat avec un médicament en vente libre : _____
- ❑ Traitement inadéquat avec un produit de santé naturel : _____
- ❑ Autre problème : _____

CONTEXTE ET ANALYSE :

RECOMMANDATION(S) AU PATIENT

- ❑ Suivre les recommandations pour optimiser l'adhésion au traitement
- ❑ Mesurer la tension artérielle tel qu'enseigné et noter dans un journal de bord
- ❑ Noter les glycémies dans un journal de bord
- ❑ Gérer les hypoglycémies tel qu'enseigné
- ❑ Modifier l'horaire d'administration
- ❑ Modifier la façon de prendre la médication
- ❑ Suivre les recommandations concernant l'arrêt tabagique
- ❑ Suivre les recommandations concernant les médicaments en vente libre ou les produits de santé naturels
- ❑ Autre recommandation

Spécifiez la (les) recommandation(s) :

RECOMMANDATION(S) AU MÉDECIN

- ❑ Monitorer les paramètres suivants :
  - ❍ tension artérielle dans _____
  - ❍ glycémies, HbA1c dans _____
  - ❍ bilan lipidique dans _____
  - ❍ bilan martial dans _____
  - ❍ phosphore, calcium, PTH dans _____
  - ❍ autre : _____
- ❑ Mettre à jour votre profil pharmacologique avec la copie du dossier-pharmacie ci-jointe
- ❑ Modifier la dose d'un médicament : _____
- ❑ Ajouter une médication complémentaire : _____
- ❑ Modifier la médication : _____
- ❑ Autre : _____

IDENTIFICATION DU PHARMACIEN

M. / Mme : _____ Numéro de permis : _____

PHARMACIE : _____

Téléphone : _____ Date : _____