



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

GMF participant :	Initiales du participant :	Numéro de participation :	Statut d'inscription :
_____	_____	_____ - pt - _____	Patient a accepté <input type="checkbox"/> Patient a refusé <input type="checkbox"/>
			GMF avisé : oui <input type="checkbox"/>
			Initiales de l'agent responsable: _____

VÉRIFICATION DE L'ADMISSIBILITÉ DU PATIENT

Pour qu'un patient soit admissible, vous devez cochez « oui » à chacune des affirmations suivantes :

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le patient est âgé de 18 ans et plus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le patient a un risque estimé de maladies cardiovasculaires modéré ou sévère. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pointage de Framingham : _____ ou Calcul non nécessaire*

Risque modéré (hommes 11-14 pts; femmes 13-17 pts) Risque élevé* (hommes ≥ 15 pts; femmes ≥ 18 pts)

* Le risque n'a pas à être calculé et est considéré élevé chez : les patients diabétiques (hommes > 45 ans, femmes > 50 ans ou patients diabétiques plus jeunes mais présentant un autre facteur de risque de maladies cardiovasculaires) ou les patients avec une histoire confirmée d'athérosclérose ou les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (TFG < 60 mL/min/1,73m²).

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3. Selon ses plus récents résultats de laboratoire ou prises de tension artérielle, obtenus au cours des <u>trois derniers mois</u> , le patient a au moins une cible thérapeutique non atteinte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Documentez le ou les résultats qui ne sont pas dans les cibles :

Hémoglobine glyquée (HbA1c)* : _____ %	Date (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____
Glycémie à jeun* : _____ mmol/L	Date (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____
Glycémie 2 heures postprandiale* : _____ mmol/L	Date (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____
C-LDL* : _____ mmol/L	Date (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____
Apo-B* : _____ g/L	Date (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____
Tension artérielle* : _____ / _____	Date (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____

* **Diabète de type 2 non contrôlé si :** HbA1c > 7% ou glycémie à jeun > 7 mmol/L ou glycémie 2 heures postprandiale > 10 mmol/L (ou > 8 si le taux d'HbA1c visé n'est pas atteint).

Dyslipidémie non contrôlée si : C-LDL ≥ 2 mmol/L chez les patients à risque modéré ou élevé ou une réduction du C-LDL de moins de 50% par rapport aux valeurs initiales ou un Apo-B ≥ 0,8 g/L.

Hypertension artérielle non contrôlée si : ≥ 140/90 ou ≥ 130/80 chez les patients diabétiques ou souffrant d'insuffisance rénale chronique (GFR < 60mL/min/1.73m²).

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 4. Le patient souffre d'au moins deux autres problèmes de santé chroniques <u>autre que</u> l'hypertension, le diabète, la dyslipidémie, un autre facteur de risque de maladie cardiovasculaire ou une maladie cardiovasculaire (voir exemple au verso). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Condition chronique 1 : _____

Condition chronique 2 : _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Le patient accepte d'être contacté par un agent de recherche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

IDENTIFICATION DU CLINICIEN RÉFÉRANT

Nom : _____	Signature : _____	Initiales du clinicien : _____
Profession : _____	GMF affilié au patient : _____	No. de participation du clinicien : _____

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom :	No téléphone :
	Maison : () _____
	Bureau : () _____
	Cellulaire : () _____
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____	Meilleur moment pour contacter le patient :
	<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> fin de semaine

Veillez transmettre ce formulaire à Madame Caroline Millette
Télécopieur : 450.975.5089

Outil d'évaluation du risque de Framingham

HOMMES							Points	FEMMES					
Âge	C-HDL	Cholestérol total	TAS non-traitée	TAS traitée	Fumeur	Diabète		Âge	C-HDL	Cholestérol total	TAS non-traitée	TAS traitée	Fumeur
							-3						
	> 1.6		< 120				-2		> 1.6				
	1.3-1.6						-1		1.3-1.6		< 120		
30-34	1.2-1.3	< 4.1	120-129	< 120	NON	NON	0	30-34	1.2-1.3	< 4.1	120-129		NON
	0.9-1.2	4.1-5.2	130-139				1		0.9-1.2	4.1-5.2	130-139		
35-39	<0.9	5.2-6.2	140-159	120-129			2	35-39	< 0.9		140-149	120-129	
		6.2-7.2	160+	130-139		OUI	3			5.2-6.2	130-139	OUI	
		> 7.2		140-159	OUI		4	40-44		6.2-7.2	150-159		OUI
40-44			160+				5	45-49		> 7.2	> 160	140-149	
							6					150-159	
							7					160+	
45-49							8	50-54					
50-54							9	55-59					
							10	60-64					
55-59							11	65-69					
60-64							12	70-74					
							13	75+					
65-69							14						
70-74							15						
75 +													
							Points alloués						
							Total des points	= _____					
HOMMES				FEMMES									
Catégorie de risque	Total des points	Risque sur 10 ans	Total des points	Risque sur 10 ans	Total des points	Risque sur 10 ans	Total des points	Risque sur 10 ans					
Risque faible	- 3 ou moins	< 1	9	7.9	- 2 ou moins	< 1	10	6.3					
Risque modéré	-2	1.1	10	9.4	-1	1.0	11	7.3					
Risque élevé	-1	1.4	11	11.2	0	1.2	12	8.6					
	0	1.6	12	13.3	1	1.5	13	10.0					
	1	1.9	13	15.6	2	1.7	14	11.7					
	2	2.3	14	18.4	3	2.0	15	13.7					
	3	2.8	15	21.6	4	2.4	16	15.9					
	4	3.3	16	25.3	5	2.8	17	18.5					
	5	3.9	17	29.4	6	3.3	18	21.5					
	6	4.7	18 +	> 30	7	3.9	19	24.8					
	7	5.6			8	4.5	20	27.5					
	8	6.7			9	5.3	21 +	> 30					

* Le risque sur 10 ans de maladies cardiovasculaires doit être multiplié par 2 pour les patients qui ont des antécédents familiaux d'une maladie cardiovasculaire (un parent du premier degré atteint avant l'âge de 60 ans). *Adapté de : Circulation 2008; 117 : 743-753.*

** Utiliser, de préférence, les concentrations plasmatiques de cholestérol mesurées avant l'initiation d'un traitement pharmacologique hypolipémiant.

EXEMPLES DE PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES AUTRES QU'UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE, LE DIABÈTE, L'HYPERTENSION OU LA DYSLIPIDÉMIE

anémie
arthrose
cancer
cirrhose
condition rhumatologique
défiance de l'hormone de croissance
dépression
désordres de l'acidité gastrique
désordres de la thyroïde
désordres psychiatriques

douleur
dysfonction érectile
épilepsie
fibrose kystique
glaucome
goutte
hépatite chronique
HIV/SIDA
hyperplasie bénigne de la prostate
insomnie

ostéoporose/maladie de Paget
maladie d'Alzheimer
maladie de Parkinson
maladies respiratoires chroniques
maladie de Crohn et colite ulcéreuse
migraine
psoriasis
tuberculose