



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

<b>GMF participant :</b>	<b>Initiales du participant :</b>	<b>Numéro de participation :</b>	<b>Statut d'inscription :</b>
_____	_____	_____ - 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/1,73m<sup>2</sup>).

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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/1.73m<sup>2</sup>).

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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	Diabète
							-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	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				130-139	OUI		
		> 7.2		140-159	OUI		4	40-44		5.2-6.2		130-139	OUI	
40-44				160+			5	45-49		6.2-7.2	150-159			OUI
							6			> 7.2	> 160	140-149		
							7				150-159			
45-49							8	50-54			160+			
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 +							15							
							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