



## OPINION PHARMACEUTIQUE

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### PROBLÈME(S) OBSERVÉ(S)

- Ajustement posologique requis selon la fonction rénale pour : \_\_\_\_\_
- Médicament non recommandé selon la fonction rénale : \_\_\_\_\_
- Non adhésion ( > 120% ou  < 80% en 90 jours) à un médicament : \_\_\_\_\_
- Tension artérielle supérieure aux cibles visées : \_\_\_\_\_
- Épisodes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie : \_\_\_\_\_
- Glycémies à jeun  ou 2 heures post-prandiale  supérieures aux valeurs visées : \_\_\_\_\_
- C-LDL supérieur à la valeur visée : \_\_\_\_\_
- 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
- Mesurer la glycémie tel qu'enseigné et noter 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(s) recommandation(s)

Spécifiez la (les) recommandation(s) :

#### RECOMMANDATION(S) AU MÉDECIN

- Monitorer les paramètres suivants :
  - Tension artérielle
  - Glycémies, HbA1c
  - Bilan lipidique
  - Autres : \_\_\_\_\_
- 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 : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom et signature du pharmacien : \_\_\_\_\_

Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse de la pharmacie : \_\_\_\_\_