|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No dossier | | | |
| Nom | | | |
| Prénom | | | |
| DDN | NAM | | Exp. |
| Classification : | |  | |

Le guichet d’accès à la première ligne (GAP) a été instauré pour soutenir les patients orphelins du CIUSSS. Des modifications apportées à la *Loi sur la pharmacie* permettent aux pharmaciens d’ajuster des médicaments, ainsi que d’initier des molécules sous demande d’un prescripteur. Nous sollicitons l’aide des pharmacies communautaires pour prendre en charge le patient orphelin suivant. La pharmacie sera responsable de l’ajustement des médicaments et de la prescription des laboratoires de suivi jusqu’à l’obtention d’un médecin de famille.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Demande de prise en charge d’une maladie chronique par le pharmacien communautaire** | | | | |
| **PHARMACIE COMMUNAUTAIRE :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pharmacien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **INTERVENANT (IPS OU MÉDECIN RÉPONDANT)** | | | | |
| Nom, Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Licence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **WARFARINE** | | | | |
| Indication**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cible : ⃝ 2-3 ⃝ 2.5-3.5 ⃝ autre : \_\_\_\_\_\_  Durée prévue de l’anticoagulation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CHADs2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  HAS-BLED : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Autorisation d’ajouter héparine de faible poids moléculaire (HFPM) : ⃝ Oui ⃝ Non  Agent et dose (jusqu’à normalisation de l’INR) :  ⃝ daltéparine (Fragmin) 200U/kg sc die  ⃝ énoxaparine (Lovenox) 1.5mg/kg sc die  ⃝ autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Débuter HFPM lorsque INR :  ⃝ < 1.5 ⃝ < 1.7 ⃝ < 2.2 ⃝ Autre : | |
| 🞎 J’autorise le pharmacien à ajuster la warfarine selon les normes reconnues. | | | | |
| **Traitement en cours** | | | | **Communication** |
| Dose actuelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date du prochain RNI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Dans la mesure du possible, le pharmacien doit communiquer obligatoirement avec le professionnel responsable du suivi clinique du patient lorsqu’une dose ou une voie d’administration est modifiées. Pour toute autre situation, le pharmacien peut informer ce professionnel si jugé utile. |
| Résumé des RNI : | | | |
| Date | Résultat | Dose reçue | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| Antécédents pertinents et problèmes de santé actuels : | | | | |
| Autre information sur à la prise en charge (centre de prélèvement, prise à domicile …) : | | | | |

Les IPS du GAP demeurent disponibles en cas d’urgence ou si vous n’êtes plus en mesure d’assurer la prise en charge du patient. Nous recommandons une réévaluation du patient par un médecin ou IPS aux 2 ans.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date/heure : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_