



Nom du pharmacien

No. membre

Plan de prise en charge en pharmacie (PPCP): résumé

Personne visée : L'outil d'auto-inspection PPCP vise le pharmacien exécutant des activités de la surveillance de la thérapie médicamenteuse auprès des patients. *Par exemple : pharmacien communautaire, pharmacien en établissement de santé, pharmacien en GMF, pharmacien consultant auprès des patients (clinique privée), etc.*

Objectif : Démontrer et illustrer votre démarche de surveillance de la thérapie médicamenteuse en partenariat avec vos patients à l'aide d'un exemple concret propre à votre environnement de pratique.

Méthode : Sélectionner un patient pour lequel vous avez effectué des soins et services pharmaceutiques dans le cadre de vos activités professionnelles et qui reflète la valeur ajoutée du pharmacien. Répondre au court questionnaire suivant en visant de mettre en perspective votre démarche afin d'illustrer les moyens et la méthode que vous avez développés afin d'effectuer une surveillance de la thérapie médicamenteuse. N'inscrire seulement que l'information pertinente que vous avez utilisée dans votre démarche.

Quelles sont les circonstances vous amenant à offrir un soin ou un service pharmaceutique à ce patient ①

Initiales du patient : _____
Appel à la pharmacie, car la patiente trouve qu'elle prend trop de médicaments par jour et aimerait que l'on regarde avec elle si c'est possible de diminuer ou d'arrêter certains.

Décrivez brièvement les problèmes de santé/conditions/besoins du patient et la thérapie médicamenteuse associée, le cas échéant.

*Femme de 74 ans. Gère ses Rx par elle-même en fioles
DFGe ajusté : 85 ml/min
ATCDs :*

- *Connu MCAS (Infarctus à 40 ans : sans pose de tuteurs, angine et insuffisance cardiaque légère à fraction d'éjection préservée)*
- *Diabète de type 2 insulino-traité.*
- *Embolie pulmonaire il y a 5 ans : pose d'un tuteur à la veine cave*
- *ICT*
- *Hémorragie sous-arachnoïdienne : sur anticoagulothérapie de l'embolie pulmonaire il y a 4 ans.*
- *Anxiété*

Profil pharmacologique :

- *Nitro Spray PRN*
- *Métoprolol 25mg BID*
- *Rosuvastatin 10 + 20 (total 30mg) DIE*
- *Clopidogrel 75mg DIE*
- *Furosemide 40mg DIE*
- *Ramipril 5mg DIE*
- *Aspirine 80mg DIE*
- *Nitro patch 0,6mg/h 2 patchs DIE (Ø renouvelé depuis 3 mois)*
- *Levemir 6 UI DIE HS*
- *Metformine 1000mg BID*
- *Invokana 100mg DIE*
- *Amaryl 4mg DIE*
- *Sertraline 50mg DIE*

Quelles sont les informations vous permettant d'identifier le niveau de vulnérabilité de votre patient et expliquez leur pertinence. ? ①

Patiente âgée demeurant seule, se déplace en transport adapté pour rendez-vous médicaux seulement. On ne peut communiquer avec elle que par le téléphone.

Problème de santé chronique : MCAS, insuffisance cardiaque, diabète, anxiété.

Prise de médicament à haut risque : insuline, antiplaquetaires. Profil pharmacologique complexe (plusieurs prises par jour, beaucoup de médicaments). Bas niveau d'acceptabilité de la patiente, veut réduire le plus possible son profil pharmacologique. Patiente se dit sensible à l'effet des médicaments.

Problème d'adhésion à la médication: patiente à risque d'arrêter ses médicaments.

Quels sont les renseignements que vous avez recueillis ou que vous désirez obtenir en lien avec ce que vous avez priorisé chez votre patient? Expliquez vos choix. ①

*Valeurs de TA habituelles autour de : 132/80 pouls : 75.
Glycémie préprandiale : Entre 4 et 7,1 selon la patiente.
Au DSQ : HbA1c (il y a plus d'un an) : 6%, C-LDL (il y a 2 ans) : 1,36 mmol/L, ions normaux il y a un an.
Patiente légèrement symptomatique de son insuffisance cardiaque : essoufflement à l'effort, pas de douleurs à la poitrine, pas d'enflure. Patiente n'utilise pas la pompe de nitro.
Ne prends plus les timbres de Nitro prescrits depuis quelques mois : irritation cutanée, décollement, oubliée. Bonne adhésion objectivée avec la patiente pour les autres thérapies.
Pas d'hypoglycémie objectivée.*

	<p><i>Très anxieuse par rapport aux répercussions d'un diabète non-contrôlé. Double thérapie antiplaquettaire débutée, car stent à la veine cave inférieure, antécédents d'embolie et d'ICT (anticoagulant arrêté suivant découverte d'hémorragie sous-arachnoïdienne) Aucun renouvellement d'insuline dans les 8 derniers mois : Patiente ne savait pas que l'insuline garder hors du réfrigérateur avait une durée de vie de 42 jours. Elle me dit aussi qu'avant elle achetait l'insuline tous les mois, donc elle avait plusieurs stylos d'avance à la maison.</i></p>
<p>Décrivez l'analyse de la situation pour le problème de santé/ Condition/ Besoin que vous avez priorisé à la suite de votre évaluation?</p>	<p><i>MCAS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Double thérapie antiplaquettaire appropriée selon la situation actuelle malgré le manque de littérature appuyant les recommandations. (risque élevé de saignement vs risque élevé de thrombose)</i> - <i>Dose de rosuvastatine : aucun bénéfice à donner 20+10mg au lieu de 20mg ou 40mg. C-LDL bien en dessous de la cible. À reconstruire afin de déterminer la dose adéquate.</i> - <i>Nitro-patch non prise car mal toléré. Réévaluer la nécessité du traitement VS changer pour un autre vasodilatateur.</i> - <i>TA adéquate selon lignes directrices canadiennes de Diabète.</i> - <i>Traitement adéquat de l'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée.</i> - <i>Métoprolol : utilité en angine et en insuffisance cardiaque. Rythme cardiaque adéquat (44 bpm au repos).</i> - <i>Prise chronique de furosémide sans suivi récent du médecin ou des ions. Sécuritaire? Serait intéressant de réévaluer la pertinence. Possibilité d'objectiver l'essoufflement avec un journal : marquer les activités qui causent de l'essoufflement, quelle distance peut être parcourue sans difficulté, mesure du poids.</i> <p><i>Diabète :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Patiente utilise de l'insuline au-delà de la stabilité. À plusieurs stylos d'insuline chez elle: risque d'utiliser de l'insuline au-delà de la date d'expiration.</i> - <i>Patiente à risque d'hypoglycémie vu son âge et la prise d'insuline.</i> - <i>HbA1c datant de l'année dernière bien en bas de la cible de traitement.</i> - <i>Prise de la Glimépiride : Non recommandé selon les critères de Beers : Utilisation potentiellement inappropriée chez la personne âgée en raison du risque accru d'hypoglycémie sévère et prolongée.</i> - <i>Canagliflozine bien toléré et effet potentiellement protecteur des iSGLT2 chez les insuffisants cardiaques.</i>
<p>Quelles sont les interventions importantes faites ou à faire? Et pourquoi?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Enseignement concernant le diabète, les cibles et les symptômes d'hypoglycémie. Rassurer la patiente et lui expliquer qu'il y a présentement plus de risque d'hypoglycémie associé à son traitement actuel intensif que de risque de cécité si on allège son traitement. Diminuer l'anxiété de la patiente concernant les répercussions possibles de son diabète.</i> • <i>Prescription de tests de laboratoire : HbA1c, créatinine, profil lipidique, ions à faire dans la semaine.</i> • <i>Réunion multidisciplinaire téléphonique avec l'infirmière du GMF qui gère le traitement hypoglycémiant de la patiente et le médecin traitant afin de : cesser l'insuline, cesser le glimépiride, cesser la nitro-patch, diminuer la rosuvastatine à 20mg die.</i>
<p>Quels sont les suivis à planifier pour évaluer l'efficacité et la sécurité des interventions ? (qui, quoi, quand, comment)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Arrêt de Nitro-patch : Traitement n'était pas pris depuis l'été, la condition de la patiente devrait rester stable. La patiente est invitée à nous téléphoner si son angine s'exacerbe (augmentation du besoin de la pompe de nitro PRN, si l'angine arrive au repos, tenir un journal : marquer les activités qui causent de l'essoufflement, quelle distance peut être parcourue sans difficulté, mesure du poids.) Rappel fait sur les signes et symptômes d'un infarctus.</i> • <i>Arrêt de l'insuline et du glimépiride : Suivi prévu avec la patiente pour glycémie dans 14 jours. HbA1c à faire dans les prochains jours et dans 3 à 6 mois.</i> • <i>Diminution de la rosuvastatine : profil lipidique demandé pour les prochains jours et dans 6 mois. Surveiller effet de diminution de dosage.</i> • <i>Furosemide : Suivi ionique prévu, rendez-vous avec cardiologue dans 2 mois afin d'évaluer son traitement pour l'insuffisance cardiaque.</i>
<p>Quel est le rôle de l'équipe interdisciplinaire dans la surveillance de la thérapie de ce patient? Et comment pouvez-vous favoriser la continuité des soins, le cas échéant?</p>	<p><i>Intensité modérée à élevée de la surveillance de la thérapie : patiente stable mais changement de médication ou condition aiguë pourrait débalancer l'état de santé de la patiente. Infirmière du GMF assure un suivi du diabète de la patiente, rencontre semi-annuelle prévue entre l'infirmière et la patiente pour révision du traitement. La pharmacie se charge du suivi des glycémies au domicile et informe l'infirmière si anomalie ou si problème pharmacothérapeutique. La pharmacie enverra un résumé du suivi effectué sur demande de l'infirmière. Médecin traitant assure le suivi des autres pathologies de la patiente. Suivi conjoint de la tolérance, de l'efficacité et de la sécurité.</i></p>
<p>En complétant ce PPCP, quels éléments de votre démarche de surveillance seraient à consolider selon vous et comment comptez-vous les développer.</p>	