

GUIDE DE DISCUSSION AVEC LE MÉDECIN

RETIREZ LE MAXIMUM DE VOTRE TRAITEMENT CONTRE LE CHOLESTÉROL

Apportez une copie de ce guide à votre prochain rendez-vous chez le médecin. Vous et votre médecin pourrez vous en servir afin que vous puissiez retirer un maximum d'avantages de votre traitement contre le cholestérol.

1. MES PRÉOCCUPATIONS ET MES QUESTIONS CONCERNANT MON TRAITEMENT

| Préoccupations | À quel point est-ce important pour moi? |
|---|---|
| | 1 = pas très important 2 = assez important 3 = très important |
| Je ne suis pas certain de savoir quels objectifs de traitement je devrais viser. | |
| Je ne suis pas certain que mon traitement soit efficace. | |
| Je ne suis pas certain de prendre la bonne dose de médicament. | |
| J'ai récemment remplacé mon médicament par une version générique et je dois continuer de faire mesurer mes taux de cholestérol. | |
| Je ne sais pas à quelle fréquence je devrais faire mesurer mes taux de cholestérol. | |
| J'ai des effets indésirables. | |
| Je suis inquiet par le fait d'avoir des effets indésirables. | |
| Je crois qu'il y a une interaction entre mon médicament contre le cholestérol et les autres médicaments que je prends. | |
| J'oublie souvent de prendre mon médicament. | |
| J'ai de la difficulté à demeurer motivé à prendre mon médicament. | |
| Autre : _____ | |
| Autre : _____ | |
| Autre : _____ | |

Questions à propos de mon traitement :

- Est-ce que je prends le médicament contre le cholestérol qui me convient le mieux?
- Est-ce que je prends la dose de médicament la plus appropriée pour maîtriser mon cholestérol sans entraîner trop d'effets indésirables?
- Si j'ai remplacé récemment mon médicament par une version générique, à quel moment dois je faire mesurer mes taux de cholestérol?
- Est-ce que je prends mon médicament correctement?
- Quels objectifs thérapeutiques devrais-je viser?
- Est-ce que mon médicament m'aide à atteindre mes objectifs thérapeutiques? Est-ce que je suis en voie d'atteindre mes objectifs thérapeutiques?
- Quels effets indésirables devrais-je surveiller? Que devrais je faire s'ils surviennent?
- Autre : _____
- Autre : _____
- Autre : _____

2. RECOMMANDATIONS DE MON MÉDECIN (À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN LORS DE LA VISITE)

A. Changements recommandés à apporter au plan de traitement (demandez au médecin de cocher toutes les cases pertinentes et d'inscrire l'information appropriée) :

| Mesures à prendre | Détails |
|---|--|
| | (p. ex. quand amorcer le traitement, dose, cibles) |
| <input type="checkbox"/> Changer la médication. | |
| <input type="checkbox"/> Modifier la dose du médicament. | |
| <input type="checkbox"/> Modifier les objectifs thérapeutiques. | |
| <input type="checkbox"/> Mesurer les taux de cholestérol. | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

B. Objectifs thérapeutiques recommandés (demandez au médecin de cocher tous les tests qui s'appliquent à votre cas et d'inscrire l'information demandée) :

| Test | Mes valeurs cibles | Mes résultats |
|---|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> C-LDL | <input type="checkbox"/> diminuer d'au moins 50 % <input type="checkbox"/> inférieur à 2,0 mmol/L <input type="checkbox"/> autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Apo B | <input type="checkbox"/> inférieure à 0,8 g/L <input type="checkbox"/> autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ratio cholestérol total/cholestérol HDL (ratio CT/C-HDL) | <input type="checkbox"/> inférieur à 4,0 <input type="checkbox"/> autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> hsCRP | <input type="checkbox"/> inférieure à 2,0 mg/L <input type="checkbox"/> autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol non HDL | <input type="checkbox"/> inférieur à 3,5 mmol/L <input type="checkbox"/> autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> inférieurs à 1,7 mmol/L <input type="checkbox"/> autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ratio apo B/apo AI | <input type="checkbox"/> inférieur à 0,8 <input type="checkbox"/> autre : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre objectif (p. ex. perdre 10 lb, cesser de fumer) | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre objectif (p. ex. perdre 10 lb, cesser de fumer) | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre objectif (p. ex. perdre 10 lb, cesser de fumer) | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre objectif (p. ex. perdre 10 lb, cesser de fumer) | _____ | |

Vous pouvez inscrire vos résultats d'aujourd'hui dans le tableau ci-dessus. Utilisez le journal sur le cholestérol (vous trouverez ce carnet dans la rubrique «Outils santé») pour suivre vos progrès au fil du temps.

C. La prise en charge des effets indésirables :

Conseils pour maîtriser les effets indésirables (demandez à votre médecin de cocher toutes les cases qui s'appliquent à votre cas et d'inscrire l'information appropriée) :

- M'assurer que je prends la dose de médicament la plus appropriée (les doses plus élevées ont tendance à entraîner plus d'effets indésirables).
- M'assurer de prendre mon médicament selon les directives et de ne pas prendre de doses supplémentaires par erreur.
- Savoir reconnaître les effets indésirables à surveiller et quoi faire s'ils surviennent :

- Contacter mon médecin si des effets indésirables ou des changements me préoccupent.
- Autre : _____

Date du rendez-vous de suivi :

Notes :
