

# GUIDE DE DISCUSSION AVEC LE MÉDECIN

## LA PRISE EN CHARGE DU CHOLESTÉROL

**Apportez une copie de ce guide à votre prochain rendez-vous chez le médecin.** Vous et votre médecin pourrez vous en servir pour établir vos objectifs thérapeutiques, évaluer l'efficacité de votre traitement et réduire le risque d'effets indésirables.

Je suis atteint d'hypercholestérolémie ou j'ignore mes taux de cholestérol – lequel de ces énoncés vous décrit le mieux?

- J'ai reçu un diagnostic d'hypercholestérolémie.
- J'ignore mes taux de cholestérol.

### SE FIXER DES OBJECTIFS DE TRAITEMENT ET SUIVRE SES PROGRÈS

Vous fixer des objectifs vous aidera à évaluer l'efficacité de votre traitement. Demandez à votre médecin de remplir le tableau ci-dessous lors de votre prochaine visite.

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)	_____	

## SUIVRE MES PROGRÈS

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.

### Mes traitements (cochez tous ceux qui s'appliquent; au besoin, demandez l'aide de votre médecin)

Médicament	Je le prends	J'aimerais en savoir plus
<b>Statines</b>		
Crestor® (rosuvastatine)	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
Lescol/Lescol XL® (fluvastatine)	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
Lipitor <sup>MD</sup> (atorvastatine; offert également en association avec l'amlodipine sous le nom de marque Caduet <sup>MC</sup> )	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
Mevacor® (lovastatine); des marques génériques sont également offertes	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
Pravachol <sup>MC</sup> (pravastatine; offert également en association avec l'acide acétylsalicylique [AAS] sous le nom de marque PravASA®); des marques génériques sont également offertes	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
Zocor® (simvastatine); des marques génériques sont également offertes	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<b>Inhibiteur de l'absorption du cholestérol</b>		
<input type="checkbox"/> Ezetrol® (ézétimibe)	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<b>Résines</b>		
<input type="checkbox"/> Colestid® (colestipol)	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> cholestyramine (marques génériques)	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<b>Fibrates</b>		
<input type="checkbox"/> Bezalip® SR (bezafibrate); des marques génériques sont également offertes	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lipidil Micro®, Lipidil Supra®, Lipidil EZ® (fénofibrate); des marques génériques sont également offertes	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lopid <sup>MC</sup> (gemfibrozil); des marques génériques sont également offertes	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<b>Niacine (seule et en produit d'association)</b>		
<input type="checkbox"/> Advicor <sup>MD</sup> (niacine plus lovastatine)	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niaspan, Niaspan FCT <sup>MD</sup> (niacine à libération prolongée)	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres produits à base de niacine (p. ex. marques génériques de niacine à libération lente et à libération immédiate)	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> En ce moment, je ne prends pas de médicament pour traiter mon cholestérol.		

Autres stratégies de prise en charge du risque de maladie cardiaque	J'y adhère	J'aimerais en savoir plus
Saine alimentation	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
Exercice physique	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
Atteindre/maintenir un poids santé	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>
Dosage régulier du cholestérol	<input type="checkbox"/> Depuis quand? __	<input type="checkbox"/>

## PRISE EN CHARGE DES EFFETS INDÉSIRABLES

Mon plan pour prendre en charge les effets indésirables (demandez à votre médecin de cocher toutes les cases s'appliquant à votre cas et d'inscrire les renseignements appropriés) :

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

J'ai d'autres préoccupations à propos de mon traitement contre le cholestérol (cochez tous les énoncés qui s'appliquent à votre cas) :

- Je ne suis pas certain de prendre le médicament contre le cholestérol qui me convient le mieux.
- Je ne suis pas certain de connaître mes objectifs de traitement.
- Je ne sais pas si je suis en voie d'atteindre mes valeurs cibles de cholestérol.
- Je ne suis pas certain d'avoir vraiment besoin de prendre un médicament contre le cholestérol.
- J'ai de la difficulté à demeurer motivé à prendre mon médicament.
- Je ne suis pas certain de la manière de prendre mon médicament contre le cholestérol.
- Je suis inquiet du risque d'interaction entre mon médicament contre le cholestérol et les autres médicaments que je prends.
- J'oublie souvent de prendre mon médicament contre le cholestérol.

J'ai des questions à propos de mon traitement contre le cholestérol :

1. Pourquoi est-ce important d'abaisser mon cholestérol?
2. À quelle fréquence devrais-je faire mesurer mes taux de cholestérol?
3. Que signifient les chiffres indiquant les taux de cholestérol?
4. Quels chiffres sont importants et pourquoi?
5. Quels sont mes objectifs de traitement?
6. Mes valeurs de cholestérol se sont-elles améliorées? Suis-je en voie d'atteindre mes objectifs de traitement?
7. Est-ce que je prends le médicament contre le cholestérol qui me convient le mieux?
8. Dois-je apporter des changements à ma médication pour atteindre mes objectifs thérapeutiques?
9. Que puis-je faire d'autre pour atteindre mes valeurs cibles de cholestérol et réduire mon risque de maladie cardiaque? Par exemple, quels changements puis-je apporter à mes habitudes de vie (comme bien m'alimenter, faire de l'exercice, contrôler mon poids, cesser de fumer ou consommer moins d'alcool)? Pourquoi ces changements dans mes habitudes de vie sont-ils si importants pour maîtriser mon cholestérol?
10. Devrais-je passer d'autres tests (tel que le dosage de la hsCRP) pour évaluer mon risque de maladie cardiaque et de ses complications?

Si un nouveau traitement est recommandé, voici mes questions :

1. Comment dois-je utiliser ce traitement?
2. Quels sont les bienfaits de ce traitement? Dans quelle mesure ce traitement m'aidera-t-il à réduire mon taux de cholestérol et mon risque de maladie cardiaque?
3. Dans combien de temps commencera-t-il à agir?
4. Que puis-je faire si je ne suis pas certain de l'efficacité de mon traitement?
5. À quels effets indésirables devrais-je m'attendre? Que devrais-je faire afin de réduire mon risque d'effets indésirables? Que devrais-je faire si des effets indésirables surviennent?

Autres questions :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

