Formulaire de suivi

☐ **Urgent** ☐ **Au cours des prochains jours/semaines** ☐ **Pour vos dossiers**

NOM DU PATIENT : N° RAMQ :

NOM DU MÉDECIN : N° télécopieur :

OBJET DU SUIVI

Problème constaté **Interaction clopidogrel-oméprazole** **<-Sélectionner/remplacer**

Médicaments visés :

Description du problème :

L'oméprazole et son pro-médicament l'ésoméprazole sont des inhibiteurs du CYP2C19. Cette inhibition peut diminuer la conversion du clopidogrel en sa forme active et, conséquemment, réduire son activité clinique.

Pièces jointes : Dossier pharmacologique **<-Sélectionner/remplacer**

INTERVENTION SUGGÉRÉE

Recommandation : **Substitution de l'oméprazole par du pantoprazole** **<-Sélectionner/remplacer**

Précisions sur la recommandation :

L'impact clinique de cette interaction demeure controversée. Toutefois, en raison des conséquences graves si elle se manifeste, on recommande de changer pour du pantoprazole (faible risque d'interaction) ou de cesser l'inhibiteur de la pompe à protons (IPP).

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

☐ Revoir le patient dans les meilleurs délais ☐ Patient sera réévalué lors de son prochain rendez-vous

☐ Poursuivre la prise du médicament visé ☐ Cesser la prise du médicament visé

☐ Modifier le traitement – **(NOUVELLE ORDONNANCE)**

_____

_____

Ren : _____ Date : _____

Signature : _____ N° permis : _____

NOTE : signature et n° permis non requis si l'ordonnance a déjà été transmise verbalement. En retournant ce formulaire par télécopieur à l'attention confidentielle du pharmacien expéditeur, celui-ci fait office d'ordonnance originale ne pouvant être réutilisée par la suite.

EXPÉDITEUR

Nom du pharmacien : _____ N° permis : _____

Téléphone : _____ N° télécopieur : _____

Signature : _____ Date : _____