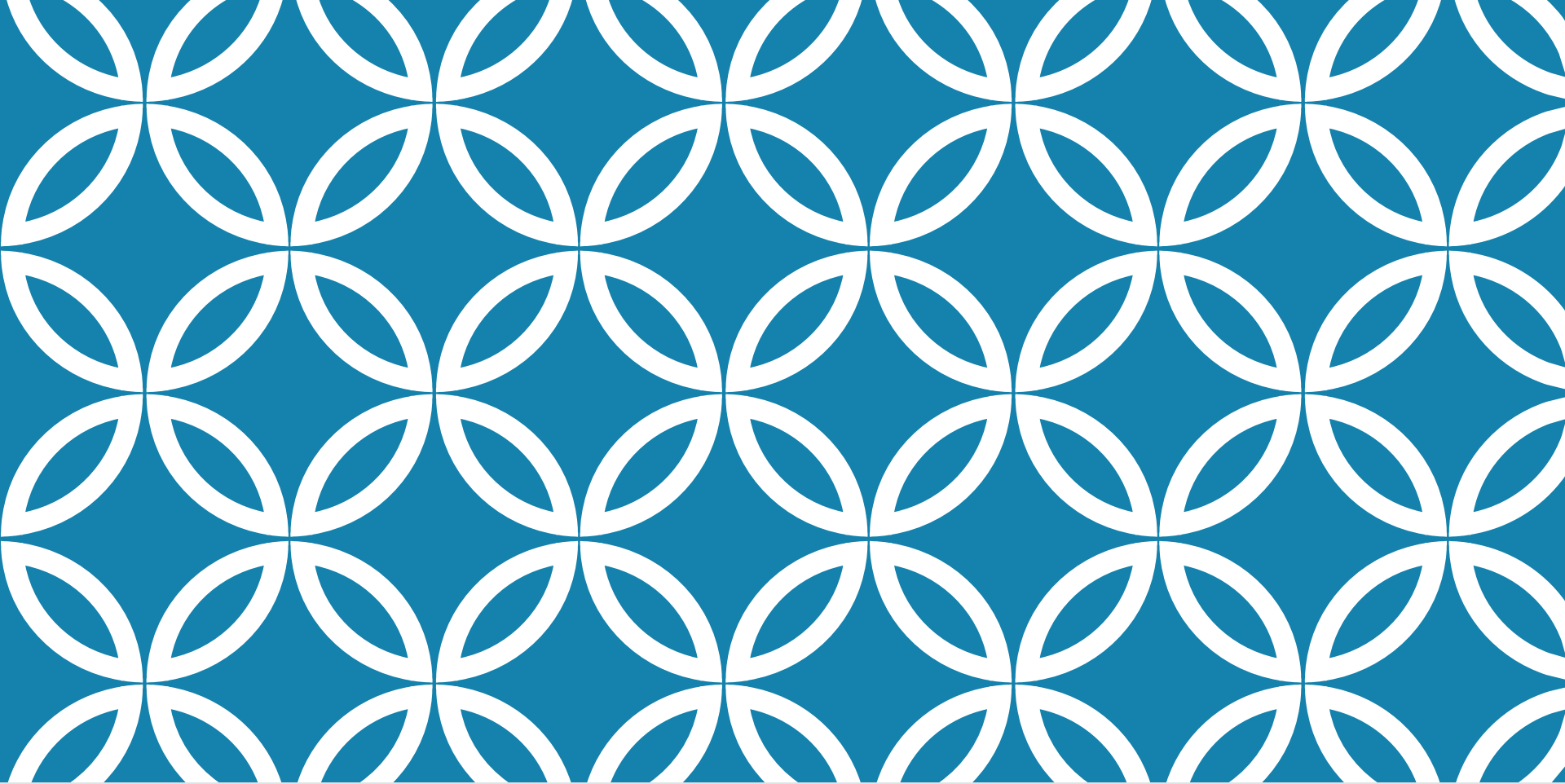




COMMENT INTÉGRER LES CONCEPTS DE FRAGILITÉ
CLINIQUE, D'ESPÉRANCE DE VIE DANS ET DE
DÉPRESCRIPTION DANS NOTRE PRATIQUE EN
NÉPHROLOGIE

Joëlle Flamand Villeneuve
Pharmacienne IUCPQ

MON PARCOURS

Baccalauréat en pharmacie Université Laval (2004-2008)

Maitrise en pharmacothérapie avancée Université Laval (2008-2009)

Pharmacienne IUCPQ dans les secteurs de :

- UCDG
- Clinique externe de prédialyse DEVENIR

Membre du regroupement de pharmaciens experts de gériatrie de l'APES depuis 2014



CONFLITS D'INTÉRÊT

Aucun

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

L'âge médian de la population canadienne québécoise sera de 50 ans en 2050, versus :

- 25 ans en 1970
- 42 ans en 2011

Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec va presque doubler d'ici 25 ans, pour passer de 14 % à plus de 25 %

Environ 45 % de toutes les journées d'hospitalisation au Québec sont utilisées par les personnes âgées de 65 ans et plus, lesquelles ne représentent que 14 % de la population.

Le nombre moyen de prescripteurs varie de 3,0 chez les personnes de 65 à 74 ans à **4,1 chez celles de 85 ans et plus**

FRAGILITÉ ET ESPÉRANCE DE VIE :

Deux patients de 75 ans se présentent à la clinique externe de néphrologie pour discuter d'un début possible de dialyse. Allez-vous les prendre en charge de la même façon? Même pronostic? Même choix tx? Crainte idem d'E2 aux médicaments, de tolérance à la dialyse?

M. tremblay, 75 ans, qui habite seul à domicile dans sa maison, fait du vélo 3x/sem, entretien son terrain seul. Gère ses repas, ses finances et ses RX. Visite souvent ses enfants.

- ATCD : IRC, HTA, DLP, MCAS ancienne et hypoT4.

VS

L'ÂGE EN SOI N'EST PAS UN BON MARQUEUR CLINIQUE

M. Gagnon, 75 ans, qui habite en RPA, nécessite une aide pour la marche, fait son déjeuner mais reçoit 2 autres repas à la cafétéria, ne peut plus aller seul à l'épicerie, joue aux cartes comme passe-temps, nécessite gestion rx via infirmerie + aide CLSC 3x/sem. Isolé socialement, ne voit pas sa famille.

- ATCD : IRC, HTA, DLP, MCAS ancienne, hypoT4, diabète, neuropathie DB, goutte, dépression, début TNCM

Qu'est ce qui les différencie?

ESPÉRANCE DE VIE : COMMENT L'ÉVALUER

Scores généraux pour patients âgés :

- ePrognosis (<https://eprognosis.ucsf.edu>)
 - Regroupe plusieurs scores pronostiques gériatriques.
 - Outils adaptés selon lieu de résidence, âge et pathologies. Validé pour pt hospitalisé.
- RESPECT-2021 (respect.projectbiglife.ca)
 - Probabilité de survie à 3 mois, 1 et 5 ans, espérance de vie et degré fragilité pour les personnes âgées et fragiles recevant des soins à domicile en Ontario.

Scores spécifiques à une maladie :

- **Landry 2017 (IRC terminale) :**
 - survie à 6 et 12 mois patients IRC

The screenshot shows the 'PREDICTING 6 AND 12 MONTH MORTALITY IN CKD PATIENTS' calculator. At the top, there are three yellow stars and two summary boxes: 'Estimated 6-Month Mortality' at 9.1% and 'Estimated 12-Month Mortality' at 40.7%. Below this is a navigation bar with a back arrow, the title 'Predicting 6 and 12 Month Mor...', a star icon, and an information icon. The 'Questions' section contains three items: 'Would I be surprised if this patient died in the next 6 months?' with a 'Yes >' button, 'Would I be surprised if this patient died in the next 12 months?' with a 'No >' button, and 'Age at office visit?' with a '89 Years >' button. At the bottom, the 'Karnofsky Performance Scale Index (KPSI)' is shown with a '1 >' button.

WHERE IS YOUR PATIENT?

CLINIC -
LIVING AT HOME

NURSING
HOME

HOSPITAL

HOSPICE

**Elder-Life Calculator
for Frail Older Adults**

Do you want to know how long you will live? Has anyone ever talked to you about your end of life? This calculator identifies when a frail person may be nearing the end of life and provides information that helps to determine their care needs.

2 - 3 Minutes

Read the Science

Disclaimer: This calculator does not predict the future for any single individual.

ESPÉRANCE DE VIE : COMMENT L'UTILISER

Permet de nous aider dans le calcul des risques/bénéfices d'une intervention.

Par exemple, pte de 83 ans avec plusieurs comorbidités (**IRC (DFGe 20 ml/min, perte environ 1-2cc/année, pas de protéinurie)**, MPOC, IC, perte de poids récente, dénutrition progressive, probable atteinte cognitive) et vit en RPA. Nécessite aide pour certaines AVQ et pour toutes les AVD.

Espérance de vie 41% à 1 an selon eprognosis.

- Si fx de novo, **moins intéressant** d'ajouter Bisphosphonate vu temps avant bénéfices de > 1 an.
- Si IRA, **moins intéressant** de retenter IECA/ARA et iSGLT2 à tout prix
- Cependant, si SJSR, douleur, crampes, etc. **intéressant** d'ajouter tx vu début effet assez rapide.

FRAGILITÉ : QU'EST-CE QUE C'EST?

Syndrome clinique marqué par une vulnérabilité accrue au facteurs de stress

Peut conduire au déclin fonctionnel, à un mauvais pronostic et même au décès.

Multidimensionnel (ex : physique, psychologique, social).

Conséquence de déclin cumulatifs dans de multiples systèmes physiologiques

Processus dynamique :

- robustesse ⇔ pré-fragilité ⇔ fragilité -> Perte d'autonomie

Prévalence

- 10-20% chez les personnes âgées vivant dans la communauté
- **> 50% chez les 85 ans et plus**

FRAGILITÉ : FACTEURS DE RISQUE

Sociaux et démographique –

- **Âge avancé**, sexe féminin, minorités ethniques, faible scolarité, niveau socio-économique bas, isolement social

Cliniques –

- **Multimorbidité et maladies chroniques**, obésité, malnutrition, atteintes cognitives, symptômes dépressifs, **polypharmacie**.

Liés au mode de vie –

- **Inactivité physique**, **faible apport en protéines**, tabagisme, consommation accrue d'alcool

Biologiques –

- Inflammation, altération au niveau de certains facteurs endocriniens, déficits en micronutriments (dont vitamines B, D ou E)

FRAGILITÉ : CONSÉQUENCES

Perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ et AVD)

Chutes et fractures

Risque accru d'hospitalisation

Delirium

Décès prématuré

Hébergement en soins de longue durée

Augmentation des coûts associés aux soins de santé

FRAGILITÉ : OUTILS DE DÉPISTAGE

Modèle/Outil	Description	Interprétation des résultats	Commentaires
Phénotype de fragilité de Fried ¹⁴	Critères évalués: perte de poids non intentionnelle (> 4.5kg dans l'année), faible vitesse de marche, épuisement, faible niveau d'activité physique, faible force de préhension	Fragilité: ≥ 3 critères Pré-fragilité : 1 à 2 critères Robuste : 0 critère	Pas de critère en lien avec l'état cognitif du patient. Permet de distinguer la fragilité de l'incapacité (présence de handicaps). Outil précurseur dans le dépistage de la fragilité.
Index de Fragilité (Modèle d'accumulation des déficits) ^{15,25-28}	Index regroupant un minimum de 30 critères de nature physique, fonctionnelle, psychologique et sociale (ex : valeurs de laboratoire, comorbidités, symptômes, déficits physiques, cognitifs, etc.), au choix de l'instigateur. Les critères retenus devraient représenter ces domaines variés. L'évaluation de chaque critère est évalué de façon binaire ou ordinale.	La proportion des déficits présents sur le nombre total de déficits potentiels = intervalle de 0 (aucun déficit) à 1 (tous les déficits). (ex : 7 critères présents sur 35 : 7/35 = index de 0.2) Le seuil de pré-fragilité et de fragilité varie dans la littérature, mais > 0.10-0.15 et >0.2-0.25 couramment utilisé, respectivement. L'index pour un patient donné dépasse rarement 0.7.	Modèle sous forme d'échelle continue qui représente le processus évolutif du concept de fragilité. Tient compte de l'état cognitif du patient. Utilisation grandissante dans la littérature d'index de fragilité électroniques, calculés automatiquement à l'aide des informations disponibles dans les dossiers électroniques.
Échelle de fragilité clinique ^{19,20,29}	Échelle inclusive de 9 points (associés à 9 pictogrammes) qui résume le niveau global de condition physique et de fragilité d'une personne âgée. Il ne s'agit pas d'un questionnaire, mais d'un outil fondé sur le jugement pour dépister et stratifier la fragilité	1) Très en forme 2) En forme 3) Assez bien 4) Très légèrement fragile 5) Légèrement fragile 6) Modérément fragile 7) Sévèrement fragile 8) Très sévèrement fragile 9) En phase terminale *Traduction libre de la version 2.0 anglaise de 2020 ²⁰	Outil clinique découlant du Modèle d'accumulation des déficits (bonne corrélation, $r = 0.8$) ¹⁹ Permet de discerner les différents degrés de fragilité. Outil hautement prédictif de multiples issues cliniques (ex : mortalité, complications, comorbidités, chute)

ÉCHELLE DE FRAGILITÉ CLINIQUE (EFC)

Score de Fragilité Clinique



1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



2 Bien - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



3 Assez bien - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



4 Vulnérable - **Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour **l'entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour **prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



8 Très sévèrement fragile - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

* 1. Canadian Study on Health & Aging. Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2007-2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

EXEMPLE UTILISATION EN CLINIQUE DE L'EFC

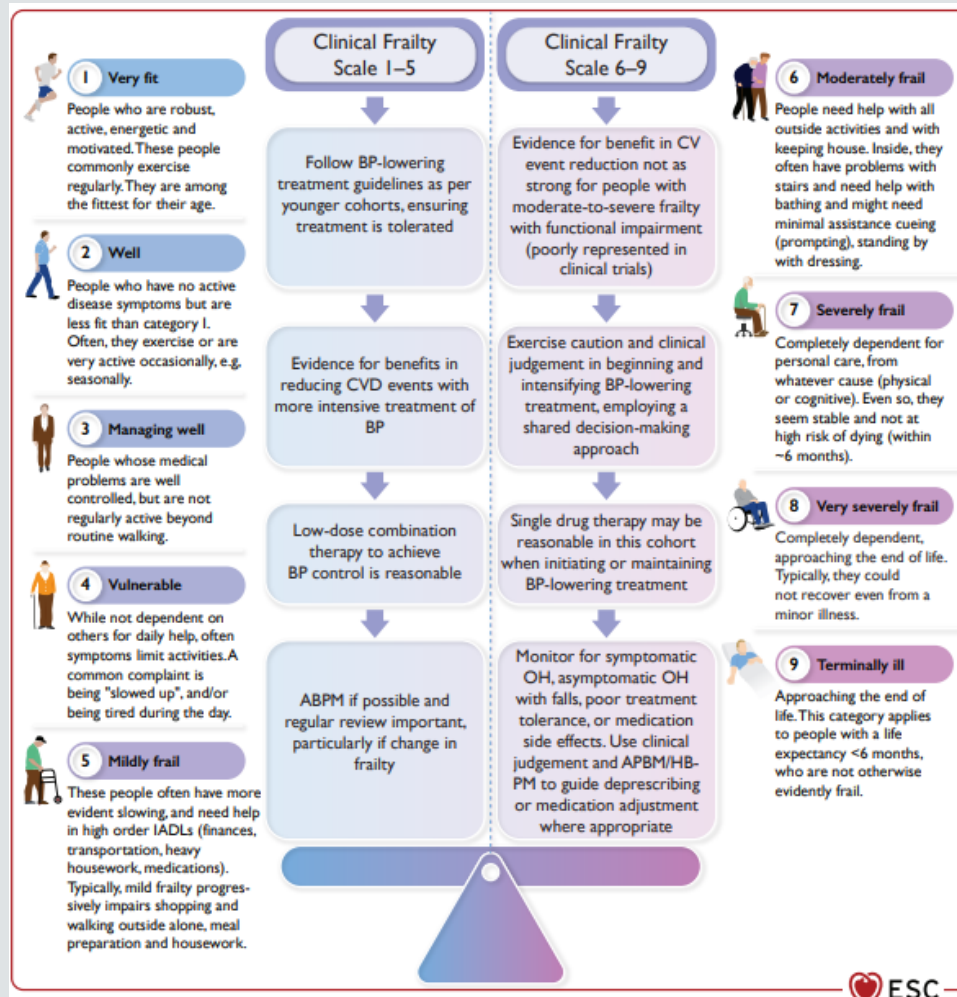
Tableau 1
Cibles glycémiques chez les personnes âgées diabétiques

État de santé	Indépendance fonctionnelle	Dépendance fonctionnelle	Fragilité ou démence	Fin de vie
Échelle de fragilité clinique*	1-3	4-5	6-8	9
Taux d'HbA_{1c} cible <i>Faible risque d'hypoglycémie</i> (c.-à-d. que le traitement ne comprend pas d'insuline ni de SU)	≤ 7,0 %	< 8,0 %	< 8,5 %	Mesure du taux d'HbA _{1c} non recommandée. Prévenir l'hyperglycémie symptomatique et toute hypoglycémie.
Taux d'HbA_{1c} cible <i>Risque plus élevé d'hypoglycémie</i> (c.-à-d. que le traitement comprend de l'insuline ou une SU)		7,1-8,0 %	7,1-8,5 %	
Glycémie capillaire				
Préprandiale	4-7 mmol/L	5-8 mmol/L	6-9 mmol/L	Personnalisée
Postprandiale	5-10 mmol/L	< 12 mmol/L	< 14 mmol/L	

HbA_{1c} : hémoglobine glycosylée; SU : sulfonylurée.

* Pointage sur l'échelle de fragilité (1 = très en forme; 9 = malade au stade terminal). Voir la [figure 1](#).

EXEMPLE UTILISATION EN CLINIQUE DE L'EFC



HTA Canada 2025 : viser <130 pour tous, « sauf lors situations exceptionnelles, liées notamment aux objectifs de soins, à la fragilité de la personne, au risque de chute ou à l'hypotension orthostatique »

KDOQI 2024 : <120 lorsque toléré. Considérer une cible moins intensive chez patients avec fragilité, haut risque de chute ou de fractures, espérance de vie limitée, ou HTO symptomatique.

FRAGILITÉ : L'IMPORTANCE DE RÉÉVALUER LA MÉDICATION

Association claire entre fragilité et polypharmacie.

Les effets indésirables des médicaments peuvent mener au développement de la fragilité¹ :

- Prévenir des effets secondaires : **prévenir fragilité.**
- Réaliser la révision des RX et la déprescription : **renverser la fragilité?**

Selon une revue systématique, la déprescription chez la clientèle âgée fragile² :

- Est sécuritaire et bien tolérée
- **Peut permettre une amélioration du statut fonctionnel, du niveau de fragilité et de l'état mental.**

¹Hilmer SN et al., Biology of frailty: Implications for clinical pharmacology and drug therapy in frail older people. Mech Ageing Dev 2019;181:22-28.

²Ibrahim K, et al. A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty. BMC Geriatr 2021;21(1):258

RAPPEL: MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES AFFECTANT LA PHARMACOCINÉTIQUE EN GÉRIATRIE

<i>Changements physiques</i>	<i>Conséquences pharmacodynamiques</i>
Insuffisance rénale et hépatique	↓ élimination/métabolisme des RX : accumulation
↑ Perméabilité BHE	↑ Sensibilité aux effets SNC
↑ Masse adipeuse	↑ Volume de distribution : ↑ $T_{1/2}$ RX lipophiles
↓ Volume d'eau	↑ Concentration RX hydrophiles
↓ Masse musculaire	↓ Volume distribution de certains RX (ex: digoxin)
↓ Liaison protéique	↑ Fraction libre de certains RX liés aux protéines (ex : phénytoïne)

MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS (MPI)

Un médicament est potentiellement inapproprié quand :

La balance risques/bénéfices est défavorable

OU

L'efficacité clinique n'est pas bien établie dans la population cible

OU

Autres options de traitement plus efficaces ou plus sécuritaires (par ex: mesures non pharmacologiques)

EXEMPLE DE MPI

Oxybutynine (Ditropan), tolterodine (Detrol), darifenacin (Enablex), solifenacine (Vesicare) et trospium (Trosec)

Bénéfices faibles : $NNT = 7$

- Efficacité limitée à court terme et symptomatique
 - Diminution de 0,2 à 0,6 épisode d'incontinence par jour!!!
- **Peu ou pas d'impact sur la qualité de vie**

Risques élevés: $NNH = 5$

- Étude observationnelle conclue que tous les médicaments anticholinergiques utilisés à long terme augmentent les risques de démence;
- Évidence insuffisante pour conclure à une efficacité qui surpasse, à long terme, les risques

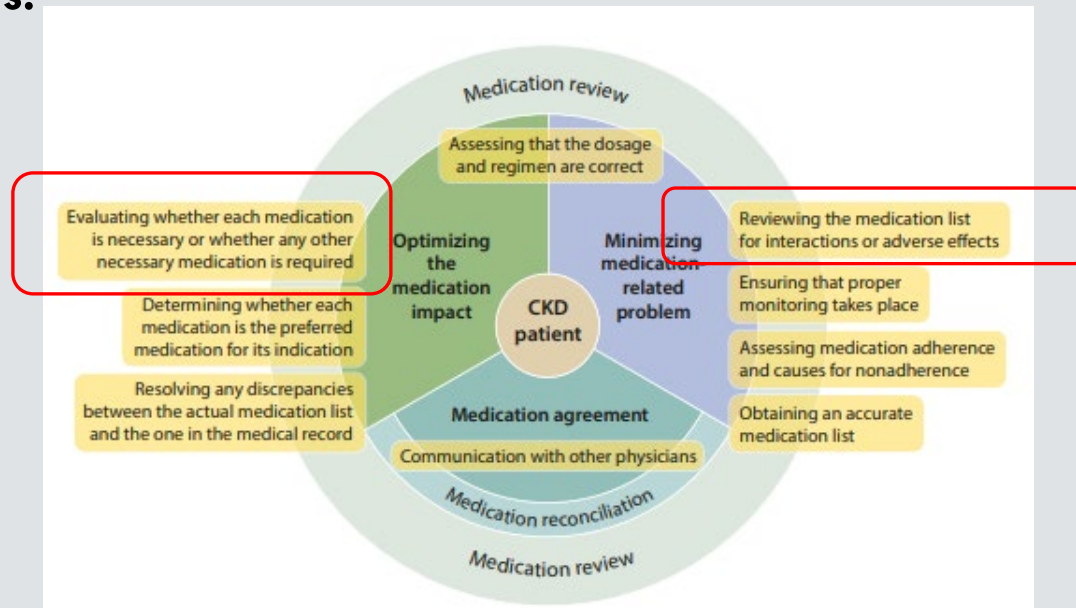
INCIDENCE POLYPHARMACIE CHEZ LES PTS IRC

Étude rétrospective sur l'utilisation de MPI chez patients IRC stade 3a à 5 (Allemagne, 2022)

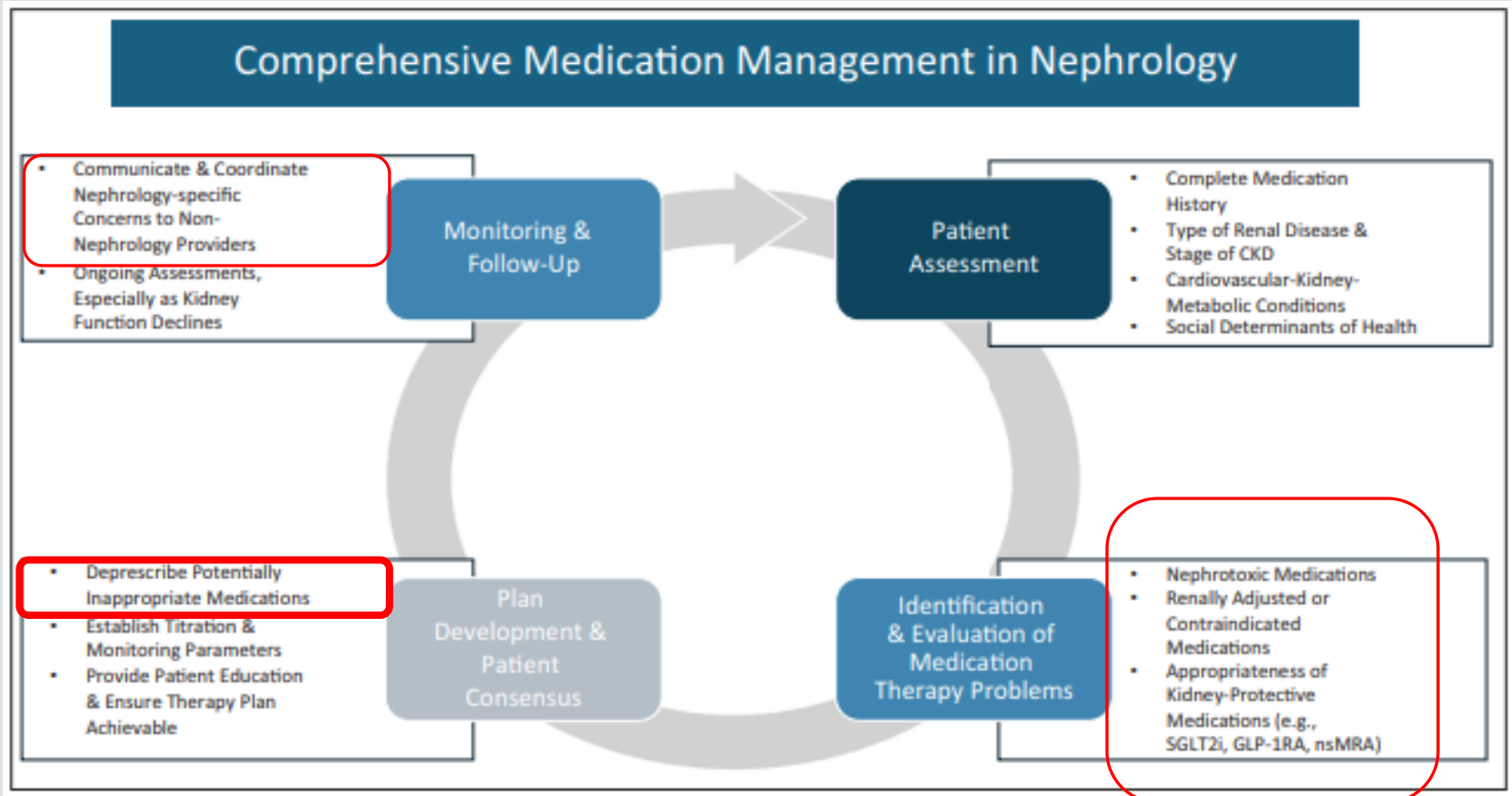
- n = 375 (âge moyen 68 ans, DFGe moyen 23 ml/min, 11 RX en moyenne)
- 43.2 à 79.0% avec MPI lié à l'âge (selon critères Beers, Forta ou Priscus).
- 44.5% avec MPI à risque vu IRC (à risqué de s'accumuler, de causer toxicité, etc.)
- Polypharmacie et DFGe plus bas = facteurs risque MPI
- Exemples de RX déprescrits dans étude : IPP, benzo, analgésiques (narcotiques), antihistaminiques, neuroleptiques.
 - **But : diminuer risque E2 (surtout chutes)**

KDOQI 2024

- Evaluate the impact of **deprescribing of non essential/ non evidence-based medications on patient adherence and outcomes.**
- Perform thorough medication review periodically and at transitions of care to assess adherence, continued indication, and potential drug interactions because **people with CKD often have complex medication regimens and are seen by multiple specialists.**



AJUSTEMENT PHARMACOLOGIQUE POUR CLIENTÈLE IRC : L'IMPORTANCE DU PHARMACIEN



EXEMPLE DE CAS

Pt de 85 ans, habite seul à domicile, aide CLSC 3x/sem pour aide au bain, 2 fils présents. Pt avec diminution force préhension, perte de poids sans cause claire x 1 an. Porte culotte incontinence x quelques mois. Mange et s'hydrate peu malgré conseils nut.

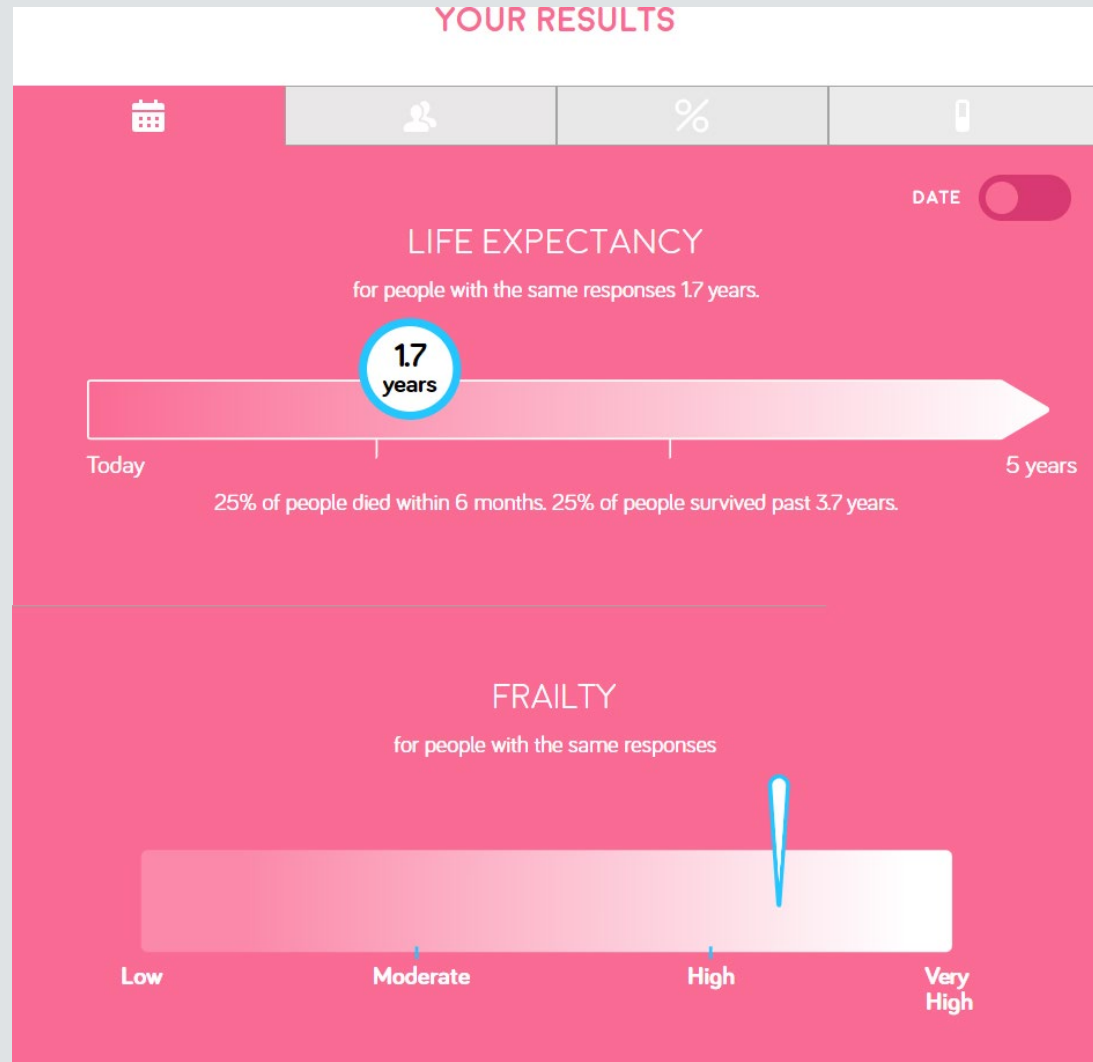
ATCD : MCAS, crampes nocturnes, DB II, nodule pulm non investigué, IRC (Cr base 150, DFG_e environ 25 ml/min), TNCM Alzheimer, 2 hospit récentes (IRA II sepsis urinaire *E. faecalis* et chute)

RX : metformine, repaglinide, sitagliptine, dapagliflozine, furosémide, trandolapril, bisoprolol, aspirine, pantoprazole, pregabaline, lorazepam HS

TA à domicile : 105-120/50-60, pt présente sx HTO fréquents à domicile, rapporte 2 chutes récentes. Hypoglycémies environ 1q1sem.

EXEMPLE DE CAS

<https://www.respect.projectbiglife.ca/results>



EXEMPLE DE CAS

HB_{A1C} 6.1% : diabète trop bien traité pour patient âgé fragile (visons 7.1 à 8.5%), dénutrition possible et **risque hypo bien présent** :

- Arrêt metformine + repaglinide

Indication poursuite trandolapril et dapagliflozine discutable.

- Pt avec IRC et DB II, donc IECA et iSGLT2 indiqués théoriquement.
- Risque dénut/déshydratation présent si RAD, donc trandolapril à éviter...
- Risque mauvais hygiène à court-moyen terme, donc augmentation infection urinaires/gynécologiques avec dapa possible + risque acidocétose si IRA...
- Bénéfices présents avec ces deux RX à moyen-long terme, et pronostic du pt de moins de 2 ans. En plus **patient âgé fragile**.

Décision de cesser trandolapril, dapa, glucophage et repaglinide suite à discussion avec pt et fils :

- **Risques des divers rx >> bénéfices chez ce patient.**
- **Décision de prioriser qualité de vie et éviter E2.**
- Recommandations au MD famille pour sevrage lorazepam

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

 "CP11403"

RECOMMANDATIONS - PHARMACIEN

Destinataire : ☐ Médecin de famille ☐ Infirmière ou pharmacien GMF ☐ Pharmacien communautaire

Expéditeur :

Consultation du pharmacien :

☐ Usager hospitalisé en _____

☐ Visite à l'urgence

☐ Visite clinique ambulatoire _____

Au professionnel de la santé concerné,
Suite à l'analyse du dossier de l'utilisateur, nous aimerions vous soumettre la (les) suggestion(s) pharmacologique(s) suivante(s) afin d'optimiser son traitement.

Notez que cette (ces) recommandation(s) ne sera(ont) pas prise(s) en charge par les intervenants de l'IUCPQ-UL.

, pharmacien(ne) IUCPQ-UL

Date : Année Mois Jour

☐ **Télécopié heure :** Heure : Min

Initiales : _____

SENSIBILISATION ET STRATÉGIES POUR ARRÊT BENZO

Comment obtenir une bonne nuit de sommeil sans médicament



Bien dormir sans médicament — Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription



Vous êtes à risque

Vous prenez un sédatif-hypnotique

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Alprazolam (Xanax®) | ☐ Diazépam (Valium®) | ☐ Quazépam |
| ☐ Bromazépam (Lectopam®) | ☐ Estazolam | ☐ Temazépam (Restoril®) |
| ☐ Clorazépate | ☐ Flurazépam | ☐ Triazolam (Halcion®) |
| ☐ Chlordiazépoxide-amitriptyline | ☐ Loprazolam | ☐ Eszopiclone (Lunesta®) |
| ☐ Clidinium-chlordiazépoxide | ☐ Lorazépam (Ativan®) | ☐ Zaleplon (Sonata®) |
| ☐ Clobazam | ☐ Lormétazépam | ☐ Zolpidem (Ambien®, Intermezzo®, Edluar®, Sublinox®, Zolpimist®) |
| ☐ Clonazépam (Rivotril®, Klonopin®) | ☐ Nitrazépam | |
| | ☐ Oxazépam (Serax®) | ☐ Zopiclone (Imovane®, Rhovane®) |

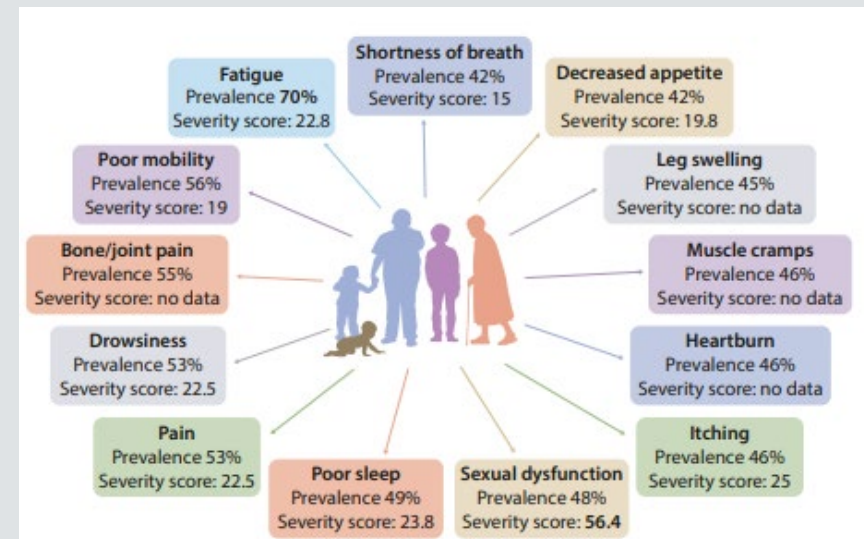


ÉVALUATION DES SYMPTÔMES EN CLINIQUE EXTERNE DE PRÉ-DIALYSE

Recommandations KDIGO 2024 :

5.2.2 Identification and assessment of symptoms Practice Point 5.2.2.1: Ask people with progressive CKD about uremic symptoms (e.g., reduced appetite, nausea, and level of fatigue/lethargy) **at each consultation using a standardized validated assessment of uremic symptoms tool.**

5.2.3.1: Use evidence-informed management strategies to support people to live well with CKD and **improve their health-related quality of life.**



<https://www.ckmcare.com/Practitioner/Pathway/CarePlan>

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES À LA CLINIQUE DEVENIR



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL



CP11566

yyyy-mm-dd

ÉVALUATION DES SYMPTÔMES DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

Cher usager et aidant,

Il est important que votre équipe traitante comprenne et fasse le suivi de vos symptômes pouvant affecter votre qualité de vie. L'outil au recto de cette page fait partie de ce suivi.

Certaines personnes avec des maladies rénales peuvent ressentir des symptômes dérangeant leurs habitudes de vie.

Les symptômes fréquents pour les gens atteints de maladie(s) rénale(s) peuvent être difficiles à décrire ou à évaluer. Voici d'autres mots pouvant les décrire :

- bien-être; confort général à la fois physique et mental. Répondez honnêtement à la question « comment allez-vous ? »
- douleur
- dépression: tristesse ou déprime
- nausée
- fatigue, niveau d'énergie très bas (mais pas forcément envie de dormir)
- anxiété (angoisse, nervosité ou agitation)
- peu ou pas d'appétit
- syndrome des jambes sans repos (jambes bougeant de manière involontaire)

Veuillez tourner cette page et compléter l'outil d'évaluation des symptômes. Nous voulons connaître vos impressions et la présence de symptômes ressentis durant la dernière semaine. Cet outil/ questionnaire nous permet de faire le suivi des symptômes et de savoir comment ceux-ci affectent votre qualité de vie. Il est possible que nous ne puissions pas traiter ou faire disparaître tous vos symptômes ; cependant, nous ferons de notre mieux pour améliorer le plus possible votre bien-être général.

Avez-vous des questions ou des commentaires sur cet outil ? Veuillez-nous en informer.

*Outil adapté de BCrenal (www.BCrenal.ca).

Veuillez entourer le visage qui convient afin d'indiquer vos impressions selon chaque échelle de symptômes durant LA DERNIÈRE SEMAINE pour CHACUN des symptômes.

												
Aucune fatigue ou somnolence						Fatigue extrême						
Aucun problème de sommeil						Ne dors pas/insomnie extrême						
Aucune dépression (déprime)						Dépression extrême						
Aucune anxiété (angoisse, nervosité)						Anxiété extrême						
Aucune perte d'appétit						Appétit très diminué						
Aucune nausée						Pire nausée imaginable						
Aucun essoufflement						Essoufflement extrême						
Aucune démangeaison						Démangeaisons extrêmes						
Aucune "jambe sans repos"						Jambes sans repos très intenses						
Aucune crampes aux jambes						Crampes aux jambes fréquentes et d'intensité importante						
Autre symptôme préoccupant : _____												
À compléter par un membre de l'équipe traitante :												
Notes : _____												
Formulaire complété par : ☐ patient ☐ membre de l'équipe traitante ☐ membre de la famille												
Date : <table><tr><td>Année</td><td>Mois</td><td>Jour</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> signature professionnel : _____							Année	Mois	Jour			
Année	Mois	Jour										
*Outil adapté de BCrenal (www.BCrenal.ca).												