



**Allergies médicaments, alimentaires ou autres :**

Non  Oui, précisez : \_\_\_\_\_

**Occupation :**

Emploi actuel : \_\_\_\_\_

Retraité(e)  Invalide  Emploi antérieur: \_\_\_\_\_

**Vaccination :**

Contre l'influenza chaque année

Contre le pneumocoque, si oui à quelle fréquence \_\_\_\_\_

Si non, raisons : \_\_\_\_\_

Contre la COVID, si oui combien de doses \_\_\_\_\_

*Que pensez-vous des différentes campagnes de vaccination?*

### 3. GRAVITÉ DE LA MPOC

**Obstruction bronchique (selon VEMS, grades selon GOLD) :**

Légère  Modérée  Sévère  Très sévère

**Niveau de dyspnée (échelle CRM modifiée) :**

Grade 0  Grade 1  Grade 2  Grade 3  Grade 4

**Impact de la maladie et évolution (score au COPD Assessment Test)**

\_\_\_\_\_/40

**Dans la dernière année en lien avec la MPOC :**

# Exacerbations : \_\_\_\_\_ # Hospitalisations (>24 heures): \_\_\_\_\_

# Visites à l'urgence (<24 heures) : \_\_\_\_\_

# Traitements d'antibiotiques \_\_\_\_\_ # Traitements corticostéroïdes oraux : \_\_\_\_\_

**Dans le passé :**

# Séjours soins intensifs: \_\_\_\_\_ Année de la dernière fois : \_\_\_\_\_

Intubation antérieure :  Si oui, année de la dernière fois : \_\_\_\_\_

**Utilisation d'oxygène :**

Nombre d'heures/jour \_\_\_\_\_ Nombre de L/min \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

*De quelles autres maladies souffrez-vous ...*

**Comorbidités :**

- Insuffisance cardiaque  Arythmie/FA  Cancer poumon
- Fibrose pulmonaire  Dépression/anxiété  Apnée du sommeil
- Diabète  Bronchiectasies  Ostéoporose/fracture
- Pneumonie  Cachexie/malnutrition  Hypertension pulmonaire
- Glaucome/cataractes  Autres: \_\_\_\_\_

**Sévérité de la maladie**

Classification GOLD ABCD : \_\_\_\_\_

Classification de la Société canadienne de thoracologie :  léger  modéré  sévère

### 4. SYMPTÔMES ET MAÎTRISE DE LA MALADIE

**Symptômes de base (habituels) perçus par l'utilisateur :**

Essoufflement

Oui  Non

Avec quelle(s) activité(s): \_\_\_\_\_

*Décrivez-moi une journée quand ça va bien et une quand ça va mal...*

**Sécrétions**

- Aucune  Tous les jours  Seulement le matin  Toute la journée
- Couleur matin :  Claires  Blanches  Jaunes  Vertes
- Couleur jour :  Claires  Blanches  Jaunes  Vertes

Toux

- Aucune  Tous les jours  
Le jour :  Sèche  Grasse  
La nuit :  Sèche  Grasse

Fatigue

Quand? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5. IMPACT DE LA MALADIE SUR

Les AVQ, lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Les AVD, lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Les loisirs : activités que l'utilisateur voudrait faire ou recommencer à faire  
\_\_\_\_\_

Le moral, comment : \_\_\_\_\_  
➤ Si utilisée : Score Échelle anxiété/dépression HADS \_\_\_\_\_

Les relations avec les proches et amis, comment : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Les finances, comment : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Qu'est-ce que la MPOC a changé dans votre vie?**

## 6. MÉDICATION RESPIRATOIRE

Assurance privée  RAMQ

- Obtenir une copie du profil pharmacologique à jour ou dossier DSQ et produire un tableau « Annexe des médicaments non prescrits »  
➤ Si profil ou DSQ non disponible, compléter un tableau complet des médicaments comme le suivant :

Nom du médicament	Mode administration	Dose	Fréquence	Observance (✓) et pourquoi	Efficacité (✓)

Décrire l'observance ou les raisons de non observance à la médication :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Comment vous sentez-vous de devoir prendre ces médicaments sur une base régulière?**

Évaluation et enseignement des techniques

- Fiches d'utilisation remise à l'utilisateur  
 Visionnement des vidéos d'utilisation sur le site du RQESR [RQESR - Outils les plus utilisés](#)  
 Utilisation des dispositifs placebos pour démonstration  
 Information au sujet de l'entretien des dispositifs  
 L'utilisateur n'avait pas ses dispositifs et n'a pu démontrer sa technique  
 Autre information : \_\_\_\_\_

Dispositif d'inhalation	Aisance ou difficultés observées
<input type="checkbox"/> Aérosol-doseur (AD) seul	
<input type="checkbox"/> Chambre d'espacement	
<input type="checkbox"/> Breezhaler	
<input type="checkbox"/> Diskus	
<input type="checkbox"/> Ellipta	
<input type="checkbox"/> Genuair	
<input type="checkbox"/> Handihaler	
<input type="checkbox"/> Respimat	
<input type="checkbox"/> Turbuhaler	
<input type="checkbox"/> Inhub	
Autre : _____	

## 7. PLAN D'ACTION

Ne connaît pas cet outil     Prescrit

Avoir une copie du plan d'action au dossier ou compléter le tableau suivant :

### Prescription auto-administrée (anticipée)

Classe	Nom du médicament	Mode d'administration	Dose	Fréquence	Durée
Bronchodilatateur					
Antibiotique					
Cortisone					

Que connaît l'utilisateur sur son plan d'action:

-----  
-----  
-----  
-----

**Que faites-vous lorsque vos symptômes s'aggravent?**

**Que connaissez-vous de votre plan d'action?**

Comment vous sentez-vous lorsque vous devez ajuster votre médication?

-----  
-----  
-----

## 8. FACTEURS AGGRAVANTS LA MPOC

- Pollution extérieure     Odeurs fortes     Fumée de cigarette  
 Chaleur accablante     Froid intense     Émotions  
 Infections respiratoires  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Parlez-moi des facteurs qui aggravent vos symptômes ...**

## 9. HABITUDES DE VIE

- Activité physique  
 Type d'exercices pratiqués : \_\_\_\_\_  
 Nombre de fois/sem : \_\_\_\_\_  
 Durée(min) à chaque fois : \_\_\_\_\_
- Alimentation  
 Nb de repas/jour \_\_\_\_\_ Nb de collations/jour \_\_\_\_\_  
 Description d'une journée type: \_\_\_\_\_
- Sommeil  
 Nb d'heures de sommeil/nuit : \_\_\_\_\_ Nb de siestes/jour : \_\_\_\_\_  
 Habitudes avant le coucher: \_\_\_\_\_  
 Ronflement :  Somnolence le jour:
- Vie sexuelle satisfaisante  
 Oui  
 Si non, spécifiez : \_\_\_\_\_
- Loisirs pratiqués : \_\_\_\_\_
- Voyage en prévision  
 Non  
 Si oui, spécifiez plan: \_\_\_\_\_

**Parlez-moi de ....**

## 10. RÉSEAU DE SOUTIEN ET MILIEU DE VIE

- Vit seul(e)  
 Si non, vit avec qui : \_\_\_\_\_  
 Personnes significatives: \_\_\_\_\_  
 Autres spécificités : \_\_\_\_\_

**Expliquer comment vos proches vous soutiennent dans votre maladie**

## 11. CONTRÔLE DE LA RESPIRATION

Techniques utilisées par l'utilisateur :

- Technique de respiration lèvres pincées  
 Technique de toux contrôlée  
 Utilisation d'un dispositif PEPO (compléter le tableau ci-après)  
 Autres stratégies ou techniques, spécifiez : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Que faites-vous pour mieux contrôler votre respiration? votre toux et vos sécrétions?**

Dispositif PEPO (pression expiratoire positive avec oscillation)	Aisance ou difficultés observées
Aerobika	
Acapella	
Flutter	
Autre : _____	

## 12. CONSERVATION DE L'ÉNERGIE

Principes utilisés par l'utilisateur pour conserver son énergie :

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Que faites-vous pour conserver votre énergie/ diminuer votre fatigue?**

### 13. GESTION DE L'ANXIÉTÉ/STRESS

Facteurs qui causent de l'anxiété/stress à l'utilisateur :

-----  
-----  
-----  
-----

*Que ressentez-vous lorsque vous êtes anxieux(se)/stressé(e)? Qu'est-ce qui vous cause de l'anxiété/du stress?*

Techniques/stratégies utilisées par l'utilisateur pour contrôler son anxiété/stress :

- Respiration profonde (diaphragmatique)
- Visualisation
- Autres stratégies : -----  
-----  
-----

*Que faites-vous pour être moins anxieux(se)/stressé(e)?*

### 14. RÉADAPTATION PULMONAIRE

Sait ce qu'est la réadaptation pulmonaire :

- Oui
- Non

Raisons de vouloir ou de ne pas vouloir participer à un programme de réadaptation pulmonaire :

-----  
-----  
-----

*Que savez-vous de la réadaptation pulmonaire? Qu'est-ce qui vous inciterait à participer à un programme de réadaptation pulmonaire? Qu'est-ce qui vous empêcherait de participer à un tel programme?*

### 15. ATTENTES DE L'USAGER FACE À SON SUIVI MÉDICAL

*Que pensez-vous du fait que je vais travailler avec votre médecin, votre pharmacien et vous?*

- Suivi par son médecin : -----
- Suivi par les professionnels de l'équipe interdisciplinaire : -----  
-----

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du professionnel : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## POUR L'EXAMEN

Nommer la ou les priorités que vous retenez en fonction des infos recueillies :

---

---

---

---

Vos priorités sont-elles les mêmes que celles de l'utilisateur?

---

---

---

---

Interventions :

Interventions faites	Méthodes ou stratégies utilisées	Outils utilisés	Moyens utilisés pour évaluer la compréhension de l'utilisateur

## BILAN DE L'ENTREVUE

L'utilisateur se sent-il capable de faire le ou les changement(s) discuté(s) dans l'entrevue?

Rapportez les propos de l'utilisateur pour chacun des changements (verbatim).

---

---

---

---

L'utilisateur sent-il que le ou les changement(s) proposé(s) dans l'entrevue va/vont lui apporter des bénéfices?

Rapportez les propos de l'utilisateur pour chacun des changements (verbatim).

---

---

---

---

Comment vous êtes-vous senti (e) lors de l'entrevue ?

---

---

---

---

Quelles ont été vos forces?

---

---

---

---

Quels ont été vos défis?

---

---

---

---

Que feriez-vous différemment la prochaine fois?

---

---

---

---

Qu'est-ce que la formation vous a apporté?

---

---

---