

Destinataire : _____

Nom de la pharmacie

Télécopieur

Objet : Étude USE-HD - Impact en temps réel du sémaglutide pour favoriser la perte de poids en vue d'une greffe rénale chez les adultes dialysés obèses

Cher collègue,

Nous sommes des pharmaciennes qui travaillons en milieu hospitalier dans le secteur de la néphrologie, auprès des patients insuffisants rénaux chroniques hémodialysés. Nous réalisons présentement une étude rétrospective multicentrique sur l'usage du sémaglutide chez les adultes hémodialysés obèses. Un résumé de l'étude est présenté à la dernière page.

L'obésité peut être un facteur limitant l'accès à la greffe rénale. Pour ces patients, cela entraîne des conséquences significatives en terme d'espérance et de qualité de vie. Or le sémaglutide est le traitement le plus efficace pour favoriser la perte de poids chez la population générale. Bien que cette molécule ne soit pas éliminée par voie rénale, son utilisation n'est pas recommandée chez les dialysés par manque de données. En conséquence, cette clientèle peut être privée de cette option de traitement. Cette étude a pour objectif principal de documenter la perte de poids engendrée par ce médicament lorsqu'utilisé dans le traitement du diabète ou de l'obésité chez la clientèle hémodialysée. Elle apportera des données cliniques qui sont actuellement manquantes sur l'usage de ce médicament chez cette clientèle.

Mme M. : _____ (NAM : _____)

a accepté de participer à l'étude et a signé le formulaire d'information et de consentement à la recherche. Elle/il a donné son accord pour que nous vous demandions de répondre au questionnaire ci-bas. Notez qu'il est interdit d'utiliser le DSQ à des fins de recherche.

Nous sollicitons donc votre collaboration pour contribuer au succès de ce projet de recherche clinique, entièrement réalisé par des pharmaciens, en répondant au questionnaire (page 2 et 3).

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour plus d'information.

Julie Beauregard, pharm. _____

Nom

Signature

Date

CIUSSS MCQ – Centre Hospitalier Affilié Universitaire Régional (CHAUR)

Téléphone : 819-697-3333 poste 69860 (secrétariat pharmacie) ou téléavertisseur : 819-694-3530

Nom : _____

NAM : _____

Le sujet a-t-il déjà reçu une prescription antérieure (depuis 1^{er} janvier 2021) ou actuelle d'un des médicaments suivants : Bupropion + naltrexone, Orlistat, Liraglutide?

Non Oui

Si oui, indiquez lequel ainsi que les dates de début et de fin de service :

Bupropion + naltrexone Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

Orlistat Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

Liraglutide Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

Sémaglutide

Le sujet a-t-il déjà reçu une prescription de sémaglutide depuis le 1^{er} janvier 2021?

Non Oui

Si la réponse est oui, précisez si le sémaglutide a été servi ou non :

Sémaglutide non servi. Date de la prescription : _____

Si le **Sémaglutide** a été servi :

Précisez les doses de sémaglutide servies ainsi que les dates de début et de fin de service.

* Il y a plusieurs lignes pour une même dose, afin de pouvoir indiquer les interruptions de traitements (date d'arrêt et de reprise), le cas échéant.

0.25 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

0.25 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

0.25 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

0.50 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

0.50 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

0.50 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

0.75 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

0.75 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

0.75 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

1.00 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

1.00 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

1.00 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

1.70 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

1.70 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

2.00 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

2.00 mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

Autre dose

____ mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

____ mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

____ mg/sem Date (aa/mm/jj) : début : _____ fin : _____

Avez-vous à votre dossier la mention d'un arrêt du traitement du sémaglutide pour effet indésirable? :



Non Oui

Si la réponse est oui. Précisez la date : _____ et la raison de l'arrêt documentée :

Merci de votre précieuse collaboration!

Retourner le questionnaire rempli (pages 2 et 3) au 819-372-3590

À l'attention de : Julie Beauregard, pharmacienne

Étude USE – HD					
Impact en temps réel du sémaglutide pour favoriser la perte de poids chez les adultes dialysés obèses					
		Avant Tx	3 mois	6 mois	12 mois
		Poids IMC	Poids IMC Tolérance	Poids IMC Tolérance	Poids IMC Tolérance
Méthodologie de l'étude <ul style="list-style-type: none"> • Descriptive, transversale et multicentrique (Québec et Nouveau-Brunswick) • Clientèle : adultes hémodialyses • IMC 30 kg/m² et plus 	Groupe d'utilisateur Sémaglutide SC 				
	Groupe de non utilisateurs Apparié pour l'âge, le genre, l'IMC, date de traitement de dialyse, présence ou non de diabète 				
Objectif primaire : Groupe d'utilisateurs et groupe de non utilisateur : Changement poids (%) et IMC à 0, 3, 6 et 12 mois					
Objectifs secondaires : <ul style="list-style-type: none"> • % patients dialysés avec IMC > ou = 30 kg/m² • % patients obèses ayant reçu sémaglutide • Groupe d'utilisateurs comparé au groupe de non utilisateur <ul style="list-style-type: none"> ○ % patients qui abaissent IMC < 35 à 40, 30 à 35 et inférieur à 30 kg/m² ○ Poids perdu (kg) et % poids perdu ○ Effets indésirables/cessation sémaglutide 					