|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INESSSi2c | Établissement, CISSS, CIUSSS |  |
| CIUSSS MCQ |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FORMULAIRE DE LIAISON À L’ATTENTION DU PHARMACIEN[[1]](#footnote-1) COMMUNAUTAIRE |  |  |  |
|  |  |
|  |
| Ajustement des hypolipémiants et analyses de laboratoire pour le suivi de la dyslipidémie |  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION DU PHARMACIEN / PHARMACIE |
| NOM :       |
| TÉLÉPHONE :        -     | TÉLÉCOPIEUR :        -     |
| Ce formulaire représente le formulaire original. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. L’original de ce formulaire ne sera pas réutilisé. |
|  |
| DONNÉES PERTINENTES À L’AJUSTEMENT DE LA MÉDICATION |
| **CIBLE THÉRAPEUTIQUE VISÉE**: |  |  |
| [ ]  LDL :       mmol/L | [ ]  🡣 LDL :       % | DATE :       | RÉSULTAT :       |
| CIBLES ALTERNATIVES : |  |  |  |
| [ ]  Apo B :       g/L | [ ]  Non-HDL :       mmol/L |  |  |
|  |
| DATE DU PROCHAIN PRÉLÈVEMENT SANGUIN :       | DATE DU PROCHAIN RENDEZ-VOUS :       |
|  |
| AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE  |
| MÉDICAMENT :       | [ ]  AUCUN CHANGEMENT DE POSOLOGIE |  |
| POSOLOGIE INITIALE :       |  |  |
| POSOLOGIE AJUSTÉE :       | [ ]  RENOUVELLEMENT :       |  |
|  |
| PERSONNE AVISÉE DU CHANGEMENT DE POSOLOGIE : | [ ]  OUI [ ]  NON |
|  |
| NOTES |
|       |
|  |
|  |
| MÉDECIN traitant  |
| NOM :       | PRÉNOM :       | NUMÉRO DU PERMIS:      |
| TÉLÉPHONE :        -     | TÉLÉCOPIEUR :        -     | TÉLÉAVERTISSEUR :        -     |
| ADRESSE ÉLECTRONIQUE :       |  |  |
|  |
| IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL |
| NOM :       | PRÉNOM :       | NUMÉRO DU PERMIS :      |
| NOM DU GMF :       | SITE :       |  |
| TÉLÉPHONE :        -     | TÉLÉCOPIEUR :        -     |  |
| DATE (ANNÉE / MOIS / JOUR) :       | SIGNATURE : |  |

Nº de référence de l’ordonnance collective :

1. Le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture. [↑](#footnote-ref-1)