

ADHÉSION À L'ORDONNANCE  
COLLECTIVE

LE SUIVI DES RÉSULTATS DE LABORATOIRE ET L'AJUSTEMENT DE LA  
POSOLOGIE DES HYPOLIPÉMIANTS

N° dossier :

Sexe  M  F

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Année/Mois/Jour

COORDONNÉES DU PATIENT (SUITE)		
Adresse :	Ville :	
Téléphone de jour: ( )	Téléphone de soir: ( )	
Adresse électronique :		
Hypolipémiant actuel : , mg die		
NIVEAU DE RISQUE REYNOLDS-FRAMINGHAM :		
<input type="checkbox"/> ÉLEVÉ	<input type="checkbox"/> MODÉRÉ	<input type="checkbox"/> FAIBLE
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX		
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Tabagisme	
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire :	
<input type="checkbox"/> Autre :		
MÉDICATION		
RÉSULTATS D'ANALYSES À ANNEXER À LA DEMANDE (SI DISPONIBLE COCHER✓)		
<input type="checkbox"/> Cholestérol total	<input type="checkbox"/> Triglycérides	<input type="checkbox"/> CK
<input type="checkbox"/> HDL	<input type="checkbox"/> LDL	<input type="checkbox"/> Apo-B (facultatif)
		<input type="checkbox"/> ALT AST
		<input type="checkbox"/> Créatinine
CIBLES VISÉES SI DIFFÉRENTES DES LIGNES DIRECTRICES		
<input type="checkbox"/> LDL :	mmol/L	<input type="checkbox"/> Triglycérides :
<input type="checkbox"/> HDL :	mmol/L	mmol/L
<input type="checkbox"/> Apo-B :	mmol/L	
PARTICULARITÉS/COMMENTAIRES		
MÉDECIN RÉFÉRANT		
Nom (en lettres moulées) :	Prénom :	
Nom de la clinique :		
Adresse :	Ville :	
Adresse électronique :		
Téléphone : ( )	FAX : ( )	
Commentaires :		
Date : Année/Mois/Jour	Signature :	Numéro du permis :