



Formulaire de liaison de l'infirmière au pharmacien
Assure le suivi des résultats de laboratoire et l'ajustement de la posologie des hypolipémiants

Identification de l'utilisateur :

Nom : Prénom :
Date de naissance : NAM :
Adresse : No téléphone : ()
Adresse électronique :

Identification du pharmacien/pharmacie :

Nom :
No de téléphone : () No télécopieur : ()
Adresse électronique :

Données pertinentes à l'ajustement de la médication

Analyses de laboratoire : Date du prélèvement : Résultat :
Objectifs thérapeutique visé :
CT actuel : CT :
C-LDL actuel : C-LDL :
APO-B actuel : APO-B :
C-HDL actuel : C-HDL :

Ajustement de la posologie

Médicament en cours: Date :
Posologie actuelle :
Ajustement : Médicament Teneur (concentration) : mg
Posologie
Objectif thérapeutique visé : Date prochain prélèvement :
Usager avisé du changement de posologie Oui Non
Ce formulaire représente le formulaire original. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de cette ordonnance ne sera pas réutilisé.

Durée prévu du traitement : REN : ()

Identification de l'infirmière

Nom et prénom :
No permis : No de téléphone : ()
Adresse électronique :
Horaire de disponibilité : Jour : Heure :
Signature :

Identification du médecin répondant :

Nom et prénom :
No de permis :
No téléphone : ()
Horaire de disponibilité :
Jour : Heures :