|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INESSSi2c | Établissement, CISSS, CIUSSS |  |
| CIUSSS de la Capitale-Nationale | |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMULAIRE D’ADHÉSION À L’ORDONNANCE COLLECTIVE |  |  | |  |
|  | |  |
|  | | |
| **Ajustement des hypolipémiants et analyses de laboratoire pour le suivi de la dyslipidémie** |
|  |  |  |
|  | |
|  | |  |
|  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| intention thérapeutique | | | | | | | | |
| NOM DE L’HYPOLIPÉMIANT : | | DOSE INITIALE : | | | FRÉQUENCE : | | DOSE MAXIMALE : | |
|  | | mg | | |  | | mg | |
|  | | mg | | |  | | mg | |
|  | | | | | | | | |
| Durée du traitement | | | | | | | | |
| 1 AN | AUTRE : | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | |
| CIBLE THÉRAPEUTIQUE VISÉE | | | | | | | | |
| LDL :       mmol/L | 🡣 LDL :       % | |  | | |  | | |
| CIBLES ALTERNATIVES : |  | |  | | |  | | |
| Apo B :       g/L | Non-HDL :       mmol/L | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | |
| ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRe | | | | | | | | |
| INTERMÉDIAIRE | ÉLEVÉ | |  | | |  | | |
| FRAMINGHAM MODIFIÉ (40 À 75 ANS) :       % (10 ANS) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX | | | | | | | | |
| MALADIE CARDIOVASCULAIRE, CÉRÉBROVASCULAIRE OU VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE : | | | | | | | | |
| DIABÈTE | HYPERTENSION ARTÉRIELLE | | TABAGISME ACTIF | | |  | | |
|  | | | | | | | | |
| PARTICULARITÉS / COMMENTAIRES | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| MÉDECIN traitANT | | | | | | | |
| NOM : | | | | PRÉNOM : | | | |
| NOM DE LA CLINIQUE : | | | |  | | | |
| ADRESSE : | | | | VILLE : | | | |
| TÉLÉPHONE :        - | | | | TÉLÉCOPIEUR :        - | | | |
| ADRESSE ÉLECTRONIQUE : | | | | TÉLÉAVERTISSEUR :        - | | | |
| SIGNATURE : | | | | NUMÉRO DU PERMIS : | | | |
| DATE (ANNÉE / MOIS / JOUR) : | | | |  | | | |

Nº de référence de l’ordonnance collective : OC-09