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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FORMULAIRE D’ADHÉSION À L’ORDONNANCE COLLECTIVE |  |  |  |
|  |  |
|  |
| Ajustement de la médication antihypertensive et examens paracliniques pour le suivi de l’hypertension artérielle |
|  |  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| intention thérapeutique |
| NOM DE L’ANTIHYPERTENSEUR : | DOSE INITIALE : | FRÉQUENCE : | DOSE MAXIMALE : |
|                              |             mg |             |             mg |
|                              |             mg |             |             mg |
|                              |             mg |             |             mg |
|  |
| Durée du traitement  |
| [ ]  2 ANS | [ ]  AUTRE :       |  |  |
|  |
| CIBLE THÉRAPEUTIQUE VISÉE  |
| PA :            mm Hg | [ ]  MPAC (oscillométrique) | [ ]  MPAC-OS (oscillométrique en série) | [ ]  MPAD (à domicile) |
|  |
| ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRe |
| [ ]  SCORE CANADA : | [ ]  FAIBLE | [ ]  MOYEN | [ ]  ÉLEVÉ |
| [ ]  FRAMINGHAM : |       % |  |  |
|  |
| ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX  |
| [ ]  DIABÈTE | [ ]  TABAGISME | [ ]        |  |
| [ ]        | [ ]        | [ ]        |  |
|  |
| 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-10