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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMULAIRE D’ADHÉSION À L’ORDONNANCE COLLECTIVE |  |  | |  |
|  | |  |
|  | | |
| **Ajustement des antihyperglycémiants ou de l’insuline et analyses de laboratoire pour le suivi du diabète de type 2** |
|  |  |  |
|  | |
|  | |  |
|  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| intention thérapeutique | | | | | | | | |
| NOM DU MÉDICAMENT (ANTIHYPERGLYCÉMIANT, INSULINE) : | | DOSE INITIALE : | | | FRÉQUENCE : | | DOSE MAXIMALE : | |
|  | | mg  unités | | |  | | mg  unités | |
|  | | mg  unités | | |  | | mg  unités | |
|  | | mg  unités | | |  | | mg  unités | |
|  | | | | | | | | |
| Durée du traitement | | | | | | | | |
| 1 AN | AUTRE : | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | |
| CIBLE THÉRAPEUTIQUE VISÉE | | | | | | | | |
| HbA1c :       % |  | |  | | |  | | |
| GLYCÉMIE PRÉPRANDIALE :       mmol/L | | | | | | | | |
| GLYCÉMIE 2 H POSTPRANDIALE :       mmol/L | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX | | | | | | | | |
| MALADIE CARDIOVASCULAIRE | HYPERTENSION ARTÉRIELLE | | TABAGISME ACTIF | | | AUTRES : | | |
|  | | | | | | | | |
| RÉFÉRENCE AU MÉDECIN | | | | | | | | |
| AVISER LE MÉDECIN SI LA CIBLE D’HbA1c N’EST PAS ATTEINTE APRÈS       MOIS DE TRAITEMENT | | | | | | | | |
| AVISER LE MÉDECIN SI HYPOGLYCÉMIES PERSISTANTES (GLYCÉMIES ≤       mmol/L) | | | | | | | | |
| AVISER LE MÉDECIN SI HYPERGLYCÉMIES PERSISTANTES (GLYCÉMIES ≥       mmol/L) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 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 :