|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 :