

Formulaire de transfert - Dyslipidémie

Médecin traitant ou IPS	Patient		
Nom : _____	Nom : _____		
Tél. : _____	Téléc. : _____		
No permis : _____	DDN : _____		
Téléphone : _____			
Dyslipidémie (rappel DFG ajusté = CKD-EPI du labo * SC / 1.73)			
Indication : <input type="checkbox"/> Prévention primaire <input type="checkbox"/> Prévention secondaire <input type="checkbox"/> HF hétérozygote <input type="checkbox"/> HF homozygote Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ eDFG ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____ Habitudes de vie : <input type="checkbox"/> Tabac : _____ <input type="checkbox"/> Alcool : _____ <input type="checkbox"/> Drogues : _____ <input type="checkbox"/> Exercice : _____ Antécédents (Arythmies, IR, IH, IC (FEVG)) : _____ Facteurs de risque : <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> ATCD familial MCV <input type="checkbox"/> ATCD AVC/ICT Score de Framingham : _____ Date : _____			
Cibles (unités : LDL et non-HDL en mmol/L et ApoB en g/L)			
<input type="checkbox"/> LDL < 1,8 ou ApoB < 0,70 ou non-HDL < 2,4 <input type="checkbox"/> LDL < 2,5 ou ApoB < 0,85 ou non-HDL < 3,2 <input type="checkbox"/> LDL < 2,0 ou ApoB < 0,80 ou non-HDL < 2,6 <input type="checkbox"/> ↓LDL > 50 % soit < _____ mmol/L <input type="checkbox"/> Autre : _____ (au besoin, se référer à la société canadienne de cardiologie)			
Historique			
Date d'initiation du 1er hypolipémiant : _____ Raison : _____ Valeurs initiales avant Tx : LDL _____ ; ApoB _____ ; non-HDL _____ ; TG _____ ; date : _____ Essais antérieurs (échec, intolérance, dose max tolérée) : _____ Enseignement des MNP déjà réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____ Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ <input type="checkbox"/> Patient avisé du transfert			
Molécule (nom ou classe)	Dose actuelle	Dose idem depuis (date)	Dose maximale
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débuter PRN			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débuter PRN			
Analyses de laboratoires <input type="checkbox"/> Bilan lipidique <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> Autre : _____			
<input type="checkbox"/> Fait récemment, voir DSQ <input type="checkbox"/> Requête remise, date prévue: _____ <input type="checkbox"/> À assurer par pharmacien			
Communiquez avec le prescripteur dans les situations suivantes			
Le pharmacien a l'obligation de communiquer lorsque : changement de dose, arrêt, ajout, selon jugement. <input type="checkbox"/> Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Soins à domicile si pertinent : _____			
Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires			
<input type="checkbox"/> Il s'agit d'une initiation de traitement. <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Période de validité de cette ordonnance			
<input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> Veuillez aviser le prescripteur à la fin de cette validité			
Nom du pharmacien : _____		Licence : _____ Date : _____	
Signature : _____		Nom de la pharmacie : _____	
Téléphone : _____		Fax : _____	
Professionnel effectuant le transfert : _____		Licence : _____ Date : _____	
Signature : _____		Téléphone : _____ Fax : _____	