

Formulaire de transfert - Dyslipidémie**Médecin traitant ou IPS**

Nom :

Tél. :

Télec. :

No permis :

Patient

Nom :

DDN :

Téléphone :

Dyslipidémie (rappel DFG ajusté = CKD-EPI du labo * SC / 1.73)Indication : ☐ Prévention primaire ☐ Prévention secondaire ☐ HF hétérozygote ☐ HF homozygote

Taille : _____ Poids : _____ Cr : _____ eDFG ajusté à la SC : _____ Clcr (CG) : _____

Habitudes de vie : ☐ Tabac : _____ ☐ Alcool : _____ ☐ Drogues : _____ ☐ Exercice : _____

Antécédents (Arythmies, IR, IH, IC (FEVG)) : _____

Facteurs de risque : ☐ HTA ☐ Diabète ☐ ATCD familial MCV ☐ ATCD AVC/ICT

Score de Framingham : _____ Date : _____

Cibles (unités : LDL et non-HDL en mmol/L et ApoB en g/L)☐ LDL < 1,8 ou ApoB < 0,70 ou non-HDL < 2,4 ☐ LDL < 2,5 ou ApoB < 0,85 ou non-HDL < 3,2☐ LDL < 2,0 ou ApoB < 0,80 ou non-HDL < 2,6 ☐ ↓LDL > 50 % soit < _____ mmol/L☐ 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 : ☐ Oui ☐ Non

Patient était suivi jusqu'à maintenant par (MD, inf, ph) : _____

Dernier suivi effectué (date) : _____ Prochain suivi suggéré : _____ ☐ 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 débiter PRN			
Tx : _____ <input type="checkbox"/> actuel <input type="checkbox"/> à débiter PRN			

Analyses de laboratoires ☐ Bilan lipidique ☐ ALT ☐ Autre : _____☐ Fait récemment, voir DSQ ☐ Requête remise, date prévue : _____ ☐ 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.

☐ Seulement une fois par _____ (refus d'être avisé à chaque ajustement)☐ Autre : _____ ☐ Soins à domicile si pertinent : _____**Limites applicables - Renseignements supplémentaires - Commentaires**☐ Il s'agit d'une initiation de traitement. ☐ Autre : _____**Période de validité de cette ordonnance**☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ 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 : _____