

Rapport périodique



Pour Dr : _____

De la part du (de la) pharmacien(ne) : _____

Pharmacie : _____ Tél : _____

Date de la visite à la pharmacie du patient suivi : _____ / _____ / _____
jj mm aa

Identification du patient

Nom : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
jj mm aa

Le patient prend : _____ depuis : _____ / _____ / _____
Posologie de la statine jj mm aa

Derniers résultats de laboratoire

Date du prélèvement : _____ / _____ / _____
jj mm aa

LDL (mmol/L)	Ratio CT/HDL	CT (mmol/L)	HDL (mmol/L)	Triglycérides (mmol/L)	CK (U/L)	ALT (U/L)
Valeurs ciblées				Valeurs initiales		

Dose de la statine insuffisante

Décrire le besoin de titrer la statine (si applicable).

Tolérance au traitement

Décrire les effets indésirables liés à la statine (si applicable). Les effets indésirables sérieux (hospitalisation ou décès), inhabituels ou qui ne sont pas mentionnés dans la monographie doivent être également rapportés au fabricant.

Adhésion au traitement

Décrire le problème d'adhésion à la statine ou aux rendez-vous avec le (la) pharmacien(ne) (si applicable).

Cette dernière visite a été consacrée à l'adhésion à la statine

Interaction médicamenteuse

Décrire le potentiel d'interaction médicamenteuse avec la statine (si applicable).

Recommandation du pharmacien

- Maintenir la dose de statine actuelle
- Augmenter la dose de statine à : _____
- Diminuer la dose de statine à : _____
- Cesser la statine
- Autre (spécifiez) : _____

Prochaine visite avec le (la) pharmacien(ne) :

- Dans 2 mois
- Dans 3 mois
- Le patient est transféré à son médecin
- Autre (spécifiez) : _____

Prochain prélèvement dû dans : 6 semaines 10 semaines Autre :

Transfert du suivi des lipides au médecin traitant

- Les cibles lipidiques sont atteintes à la visite de suivi
- Les cibles lipidiques ne sont pas atteintes à la dose maximale de statine prescrite
- Le patient n'est pas adhérent à la statine ou aux visites avec le (la) pharmacien(ne) suite à 2 visites d'adhésion
- Intolérance à la statine
- Le patient désire être transféré à son médecin traitant
- Fin de l'étude TEAM
- Autre (spécifiez) : _____

Signature du pharmacien

Signature : _____ Permis : _____ Date : _____