



Date de la  
demande (jj/mm/aa) :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Semaine prévue pour le  
prélèvement (jj/mm/aa) :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Prénom et nom du patient :

\_\_\_\_\_

No de RAMQ :

\_\_\_\_\_

Prénom et nom du médecin traitant :

\_\_\_\_\_

Permis :

\_\_\_\_\_

Intention thérapeutique : Ajustement posologique d'une statine / traitement de l'hyperlipidémie

**COCHEZ LES ANALYSES DE LABORATOIRE DEMANDÉES :**

- Cholestérol total\*
- Cholestérol LDL calculé\*
- Cholestérol HDL\*
- Triglycérides\*
- ALT (alanine aminotransférase)
- CK (créatine kinase) en STAT
- TSH

**\* Pour ces analyses :**

- être à jeun 12 heures avant le prélèvement
- ne pas boire, ni manger
- l'eau est permise en tout temps
- ne pas prendre d'alcool 48 heures avant le prélèvement

**ADRESSE DE LA PHARMACIE**

Pharmacien : \_\_\_\_\_

Permis : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

No  
téléphone : \_\_\_\_\_

**LES RÉSULTATS DOIVENT ÊTRE TÉLÉCOPIÉS AU PHARMACIEN (ET NON AU MÉDECIN)  
LE PLUS TÔT POSSIBLE.**

No télécopieur : \_\_\_\_\_