



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 : _____