

**ORDONNANCE POUR L'AJUSTEMENT DES HYPOLIPÉMIANTS PAR
LES INFIRMIERES DES CLINIQUES TRANSITOIRES DU GAP DES
LAURENTIDES SELON LE PROTOCOLE DE L'INESSS**

Patient : Nom du Patient
RAMQ : NAM
Adresse : Adresse

Date de naissance : Date
Téléphone : Téléphone

L'infirmière de la clinique transitoire contactera la pharmacie pour aviser des ajustements de posologies à l'intérieur des paramètres suivants :

- Intensité du traitement visé :
- FORTE, diminution des LDL plus grand ou égal à 50% (\downarrow LDL \geq 50%)
 - MODÉRÉE, diminution des LDL de 30 à 50% (\downarrow LDL de 30 à 50%)
 - FAIBLE, diminution des LDL de moins de 30% (\downarrow LDL < 30%)
 - Cible de LDL personnalisée : Click or tap here to enter text.
 - Cible d'APO B : Click or tap here to enter text.

Précisions supplémentaires : Click or tap here to enter text.

| 1 ^{ER} MEDICAMENT | |
|----------------------------|-----------------|
| Nom du médicament : | Noml |
| Posologie initiale : | Posologie |
| Dose maximale : | Dose |
| Renouvellements : | Renouvellements |

| 2 ^E MEDICAMENT | |
|---------------------------|-----------------|
| Nom du médicament : | Noml |
| Posologie initiale : | Posologie |
| Dose maximale : | Dose |
| Renouvellements : | Renouvellements |



Si la cible thérapeutique n'est pas rencontrée malgré l'atteinte de la posologie maximale tolérée du 1^{er} médicament :

- Option A : Cesser le 1^{er} médicament et débiter le 2^e médicament
- Option B : Poursuivre le 1^{er} médicament et débiter le 2^e médicament
- Option C : Aviser un médecin ou l'IP SPL

Notez bien qu'à la fin des suivis en clinique transitoire, le pharmacien sera avisé par l'infirmière de la clinique afin de poursuivre le suivi et l'ajustement de la médication ci-dessus.

| PHARMACIE | |
|---------------|-------------|
| Pharmacie : | Pharmacie |
| Pharmacien : | Pharmacien |
| Téléphone : | Téléphone |
| Télécopieur : | Télécopieur |

| CLINIQUE | |
|-----------------------|-------------|
| Nom du prescripteur : | Médecin |
| Licence : | Numéro |
| Adresse : | Adresse |
| Téléphone : | Téléphone |
| Télécopieur : | Télécopieur |

Signature du prescripteur autorisé

Date