Formulaire de suivi

☐ **Urgent** ☐ **Au cours des prochains jours/semaines** ☐ **Pour vos dossiers**

NOM DU PATIENT : N° RAMQ :

NOM DU MÉDECIN : N° télécopieur :

OBJET DU SUIVI

Problème constaté : **Étourdissements liés à un antihypertenseur**

Médicament visé :

Description du problème :

Présence d'étourdissements associés à l'instauration / l'augmentation de la dose d'un antihypertenseur. Les étourdissements rapportés sont suffisamment intolérables pour justifier un ajustement au traitement.

Pièces jointes : Mesures de PA (automesure) **<-Sélectionner/remplacer**

INTERVENTION SUGGÉRÉE

Recommandation : **Diminution temporaire puis augmentation de la dose de l'antihypertenseur**

Précisions sur la recommandation :

Augmentation graduelle selon la tolérance du (de la) patient(e) et les résultats de PA pour l'atteinte des cibles

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

☐ Revoir le patient dans les meilleurs délais ☐ Patient sera réévalué lors de son prochain rendez-vous

☐ Poursuivre la prise du médicament visé ☐ Cesser la prise du médicament visé

☐ Modifier le traitement – **(NOUVELLE ORDONNANCE)**

_____

_____

Ren : _____ Date : _____

Signature : _____ N° permis : _____

NOTE : signature et n° permis non requis si l'ordonnance a déjà été transmise verbalement. En retournant ce formulaire par télécopieur à l'attention confidentielle du pharmacien expéditeur, celui-ci fait office d'ordonnance originale ne pouvant être réutilisée par la suite.

EXPÉDITEUR

Nom du pharmacien : _____ N° permis : _____

Téléphone : _____ N° télécopieur : _____

Signature : _____ Date : _____