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 : **Besoin de vitamine D**

Médicament visé : **Vitamine D**

Description du problème :

Personne à risque élevé de carence en vitamine D (présence de fractures récurrentes ou d'une perte osseuse malgré un traitement contre l'ostéoporose ou d'une maladie affectant l'absorption ou l'action de la vitamine D)

Pièces jointes : Dossier pharmacologique **<-Sélectionner/remplacer**

INTERVENTION SUGGÉRÉE

Recommandation : **Ajout d'un supplément de vitamine D**

Précisions sur la recommandation :

Chez les personnes à risque élevé de carence en vitamine D, Ostéoporose Canada recommande un supplément de vitamine D (dose à établir en fonction du dosage sanguin) afin d'atteindre et de maintenir un taux sanguin de 25-hydroxy-vitamine D ≥ 75 nmol/L.

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 : _____