

Identification de l'utilisateur

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

D.D.N. : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
AAAA MM JJ

## Formulaire de liaison à l'intention des pharmacies communautaires

### À la suite de l'application d'une ordonnance collective

|   |   |
|---|---|
| Titre de l'ordonnance collective : Ajustement du traitement de la lévothyroxine   |   |
| Numéro du document : OC-22-023  |   |
| Adopté en établissement par : CIUSSS  | Date (AAAA-MM-JJ) : 2021-04   |
| Clientèle visée : Clientèle présentant une hypothyroïdie traitée et dont le contrôle requiert un ajustement de la médication.   |   |
| Données pertinentes : J'ai procédé à l'évaluation de l'utilisateur nommé ci-haut. Selon l'ordonnance collective en titre, le dernier résultat du bilan thyroïdien démontre qu'un dosage de lévothyroxine est indiqué. L'utilisateur a reçu l'information relative au changement de posologie. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| Prochain contrôle dans _____ semaines   |   |
| Traitement / médication :   |   |
| <b>Posologie actuelle lévothyroxine</b>   | <b>Nouvelle posologie lévothyroxine</b>   |
| <input type="checkbox"/> 25 mcg ½ co DIE  | <input type="checkbox"/> 25 mcg ½ co DIE  |
| <input type="checkbox"/> 25 mcg 1 co DIE  | <input type="checkbox"/> 25 mcg 1 co DIE  |
| <input type="checkbox"/> 50 mcg 1 co DIE  | <input type="checkbox"/> 50 mcg 1 co DIE  |
| <input type="checkbox"/> 75 mcg 1 co DIE  | <input type="checkbox"/> 75 mcg 1 co DIE  |
| <input type="checkbox"/> 88 mcg 1 co DIE  | <input type="checkbox"/> 88 mcg 1 co DIE  |
| <input type="checkbox"/> 100 mcg 1 co DIE   | <input type="checkbox"/> 100 mcg 1 co DIE   |
| <input type="checkbox"/> 112 mcg 1 co DIE   | <input type="checkbox"/> 112 mcg 1 co DIE   |
| <input type="checkbox"/> 125 mcg 1 co DIE   | <input type="checkbox"/> 125 mcg 1 co DIE   |
| <input type="checkbox"/> 137 mcg 1 co DIE   | <input type="checkbox"/> 137 mcg 1 co DIE   |
| <input type="checkbox"/> 150 mcg 1 co DIE   | <input type="checkbox"/> 150 mcg 1 co DIE   |
| <input type="checkbox"/> 175 mcg 1 co DIE   | <input type="checkbox"/> 175 mcg 1 co DIE   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Cesser traitement</b> (après discussion avec le médecin traitant) |
| Ajustement de la posologie : _____  |   |
| Durée du traitement : _____   |   |
| Notes complémentaires de l'infirmière :<br>_____<br>_____<br>_____  |   |

**Médecin traitant :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

**Identification de l'infirmière :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_ Date (AAAA-MM-JJ) : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_