Nom : Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

(Entête pour les coordonnées de la pharmacie)

**Demande de renouvellement de la prise en charge**

**de la lévothyroxine par le pharmacien communautaire**

Bonjour Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La validité de la prise en charge de la lévothyroxine par le pharmacien prendra fin le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Le/la patient/e est présentement sous levothyroxine\_\_\_\_\_\_ mcg avec un suivi prévu dans \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mois.

☐ La dose de la levothyroxine est stable depuis au moins 1 an.

☐ La dose de la levothyroxine a changé dans la dernière année. Voici les changements :

 Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TSH : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TSH : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TSH : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhaitez-vous que l’on poursuive cette prise en charge ? oui / non ?

Les cibles pour ce/cette patient/e, étaient établies ainsi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Maintenir les même cibles

☐ Changer les cibles pour les suivantes :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cette ordonnance est valide pour : ☐ 1 an ☐ 2 ans ☐ 5 ans

La pharmacie avisera le médecin à la fin de la période de validité

En toute collaboration,

Nom du pharmacien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Licence : \_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_