



Demande de dosage: Screening urinaire de médicaments antihypertenseurs pour suivi de l'observance dans l'HTA
Joindre obligatoirement le bon de demande de dosage de Pharmacologie

Identité du malade		Coordonnées du service clinique	
Etiquette avec numéro identifiant ou Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Sexe : Date de naissance :/...../.....		Téléphone : Fax : Médecin prescripteur : Service :	
Code analyse : PIDCV			
Prélèvement : Date :/...../..... et Heure :			
Renseignements cliniques Pathologie : <input type="checkbox"/> HTA essentielle <input type="checkbox"/> HTA secondaire <input type="checkbox"/> Autre Date de diagnostic :/...../..... Nombre de comorbidités :			
Réponse au traitement : <input type="checkbox"/> HTA contrôlée / <input type="checkbox"/> HTA non contrôlée Mesure TA en consultation : PAS : PAD :			
Observance : <input type="checkbox"/> observant / <input type="checkbox"/> Doute / <input type="checkbox"/> non observant MMAS Score :			
Cochez les médicaments prescrits : <input type="checkbox"/> Amlodipine Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Bisoprolol Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Furosemide Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Hydrochlorothiazide Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Indapamide Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Irbesartan Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Nebivolol Dose journalière :mg/24h		<input type="checkbox"/> Perindopril Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Ramipril Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Spironolactone Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Telmisartan Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Trandolapril Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Valsartan Dose journalière :mg/24h <input type="checkbox"/> Vérapamil Dose journalière :mg/24h	