CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE CLINIQUE ET TOXICOLOGIE
Pr M. MOLIMARD
Centre Hospitalier Pellegrin – Tripode
Plateau Technique 2e étage – 33076 BORDEAUX CEDEX
Tel : +33 (0)5 56 79 59 91 – Fax : + 33 (0)5 56 79 47 95

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 : ☐ HTA essentielle ☐ HTA secondaire ☐ Autre ……..
Date de diagnostic : …../…./…….
Nombre de comorbidités : ……

Réponse au traitement : ☐ HTA contôlée / ☐ HTA non contôlée
Mesure TA en consultation : PAS : …… PAD : ……..

Observance : ☐ observant / ☐ Doute / ☐ non observant

MMAS Score : .....

Cochez les médicaments prescrits :

☐ Amlodipine
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Bisoprolol
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Furosemide
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Hydrochlorothiazide
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Indapamide
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Irbesartan
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Nevibolol
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Perindopril
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Ramipril
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Spironolactone
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Telmisartan
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Trandolapril
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Valsartan
Dose journalière : …….mg/24h
☐ Vérapamil
Dose journalière : …….mg/24h