



Demande de consultation spécialisée des Lipides

Je souhaite que le/la patient-e soit vu-e en consultation :

M^{me} M. indéterminé Date de naissance :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP, Ville :

Tél. mobile :

Tél. fixe :

Motif de la demande :

Suspicion de dyslipidémie familiale

Évaluation du risque cardiovasculaire

Indication aux inhibiteurs de PCSK9 ?

Risque de pancréatite, hypertriglycéridémie

Bilan angiologique artériel

Évaluation et conseils diététiques

Intolérance aux statines

Autre :

Historique des hypolipémiants :

Substance et dosage :

période :

symptômes :

Substance et dosage :

période :

symptômes :

Substance et dosage :

période :

symptômes :

Laboratoire :

Merci de joindre au minimum le dernier **bilan lipidique**, avec un bilan hépatique, rénal, glycémique et/ou thyroïdien si disponible. Si vous avez **des valeurs plus anciennes**, celles-ci seront **également très utiles** pour la prise en charge de votre patient-e.

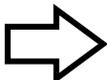
Diagnostiques et facteurs de risque cardiovasculaire :

Antécédents et comorbidités pertinents :

Traitement habituel et posologie :

Remarques :

Médecin demandeur :



Merci d'envoyer ce formulaire complété avec les bilans de laboratoire ➡ email : edm.desk.hdp@chuv.ch
ou fax : +41 (21) 314 94 51

Dès réception de ce document, nous convoquerons votre patient-e directement par courrier.