

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de  
naissance :

NAM :

N° téléphone :

RÉFÉRENCE DU PHARMACIEN POUR UNE ÉVALUATION MÉDICALE DANS LES PROCHAINES SEMAINES  
USAGER SANS MÉDECIN DE FAMILLE OU INSCRIT À UN GROUPE DE MÉDECINS

NOTES AU PHARMACIEN

Ne pas utiliser ce formulaire si :

L'usager est suivi par un omnipraticien ou un spécialiste :

- Diriger la demande directement vers ce médecin selon les modalités usuelles de communication.

L'usager présente des symptômes aigus ou toute autre condition non visée par le présent formulaire :

- Suggérer le 811 (option 1 Info-Santé, option 2 Info-Social ou option 3 pour le guichet d'accès à la première ligne).
- Diriger vers l'urgence si la situation le justifie.

MOTIFS DE RÉFÉRENCE

1. **Maladie cardiométabolique ou anomalie de laboratoire :**

Usager présentant une maladie chronique (HTA, DLDP, diabète, hypothyroïdie) mal contrôlée et/ou une anomalie de laboratoire identifiée dans le cadre du suivi de la thérapie médicamenteuse et nécessitant une réévaluation médicale (spécifiez) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. **Renouvellement de médication prise sur une base chronique :**

Les ordonnances ont été prolongées au maximum prévu par la loi et arrivent à échéance sous peu. Les ordonnances sont prolongées depuis le

**N.B. : Veuillez faire parvenir le formulaire au maximum 3 mois avant la fin de la prolongation**

OU

À la suite à son évaluation, le pharmacien est d'avis qu'une réévaluation médicale de la thérapie est requise.

Justification : \_\_\_\_\_

Informations complémentaires / précisions de la demande / priorisation (s'il y a lieu) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DOCUMENTS REQUIS

Ci-joint, le profil de prescription complet et annoté de l'usager afin de synchroniser toutes les ordonnances en cas de renouvellement.

**Note pour les PRN et médicaments dont l'usage chronique nécessite une réévaluation particulière (benzo, narco, inhalateur, crèmes topiques, IPP, etc) :** S.v.p., inscrire sur le profil la quantité et la fréquence de service et, s'il y a lieu, les essais de sevrage récents.

L'usager est informé de la référence et il consent au transfert d'information clinique vers toute clinique médicale du territoire et/ou programme du CIUSSS-Estrie CHUS approprié au traitement de la demande.

Pharmacien référent : \_\_\_\_\_

# MODALITÉS D'ACHEMINEMENT DU FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE DU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE VERS LE GACO ET PARTICULARITÉS EN FONCTION DE L'ADRESSE DE RÉSIDENCE DU PATIENT

## Liste des guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) par RLS :

RLS du Haut-Saint-François  
Tél. : 819 821-4000 poste 38499  
Télécopieur : 819 875-5565  
gaco.hsf@ssss.gouv.qc.ca

RLS de Memphrémagog  
Tél. : 819 843-2572 poste 2511  
Télécopieur : 819 868-3255  
gaco.mm@ssss.gouv.qc.ca

RLS de Sherbrooke  
Tél. : 819 780-2220, poste 44079  
Télécopieur : 819 565-1887  
gaco.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca (à privilégier)

RLS des Sources  
Tél. : 819 879-7158 poste 39497  
Télécopieur : 819 879-7433  
gaco.dessources@ssss.gouv.qc.ca

RLS de Val-Saint-François  
Tél. : 819 542-2777 poste 55250  
Télécopieur : 819 845-2084  
gaco.vsf@ssss.gouv.qc.ca

RLS de la Haute-Yamaska  
Tél. : 450 375-8000 poste 66246  
Télécopieur : 450 994-2929  
guichetclienteleorphelinehy.csss@ssss.gouv.qc.ca

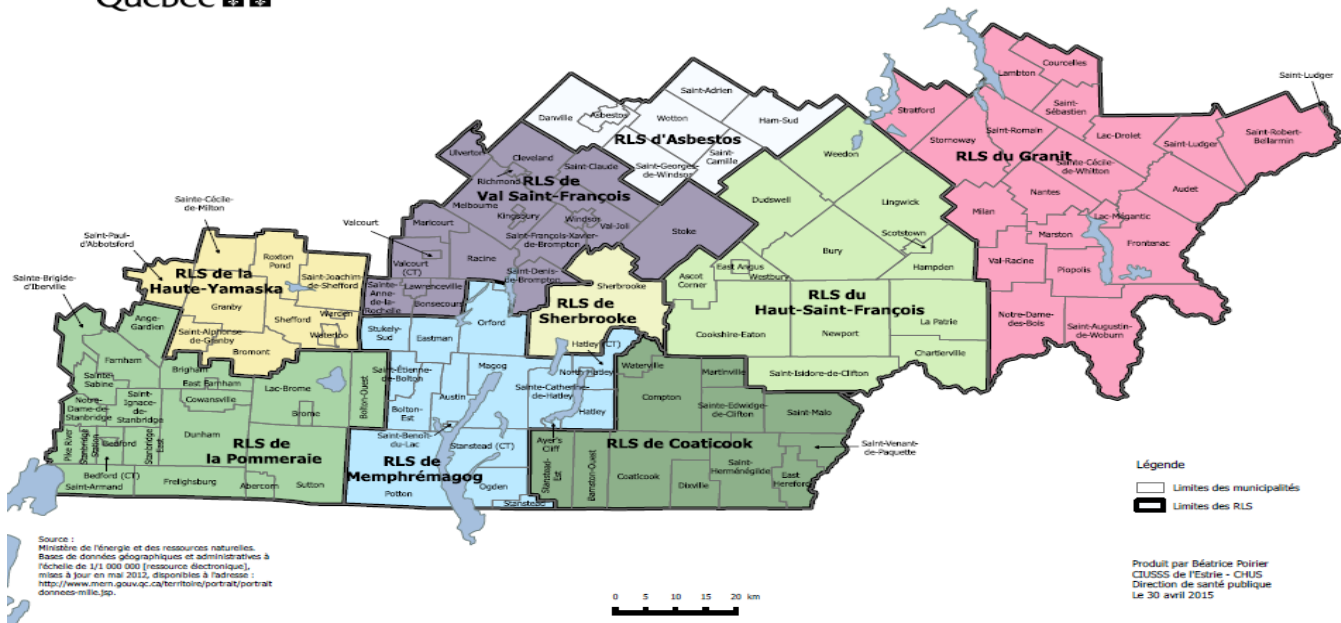
RLS de la Pommeraie  
Tél. : 450 266-4342 poste 34033  
Télécopieur : 450 263-7134  
gaco.csss16@ssss.gouv.qc.ca

RLS de Coaticook  
Tél. : 819 849-9102 poste 57203  
Télécopieur : 819 849-8021  
gaco.coaticook@ssss.gouv.qc.ca

RLS du Granit  
Tél. : 819 583-2572 poste 37470  
Télécopieur : 819 583-5364  
gaco.granit@ssss.gouv.qc.ca

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie - Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke  
Québec

### Municipalités et territoires des réseaux locaux de services (RLS) du CIUSSS de l'Estrie - CHUS



**\*\*Prendre note que la ville de Bromont fait partie du RLS de la Pommeraie**

Mise à jour : 18 mai 2023